

Université de Montréal

**Le rapport d’usagers de maisons d’hébergement en santé mentale à leur
environnement immédiat : une étude socio-écologique**

par

Chiara Benetti

Faculté de l’aménagement

Mémoire présenté à la Faculté de l’aménagement

en vue de l’obtention du grade de Maîtrise en urbanisme

Août 2017

© Chiara Benetti, 2017

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Le rapport d'usagers de maisons d'hébergement en santé mentale à leur environnement
immédiat : une étude socio-écologique.

Présenté par :

Chiara Benetti

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Anne Marchand, présidente-rapporteure

Paul Lewis, directeur de recherche

Marie-Laurence Poirer, co-directrice de recherche

Michèle Clément, membre du jury

Résumé

Au cours de sa vie, un Canadien sur cinq souffrira d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non, selon les données du plan d'action en santé mentale (2015-2020). De plus, les troubles mentaux, qui constituaient en 2004 « 13% de la charge totale de morbidité à l'échelle mondiale » (OMS, 2013), sont destinés à constituer la principale cause de morbidité en 2030 (Fleury et Grenier, 2012). Face à ces constats, des nombreux plans d'action aux niveaux national et international soulignent l'urgence de nouvelles solutions de soin mais aussi de logement pour ces personnes aux prises avec un trouble mental. Puisque le logement est un concept large, qui comprend non seulement la structure résidentielle en tant que telle, mais également son environnement immédiat, il est essentiel de l'appréhender dans toute sa complexité. Investiguer la relation que les résidents en santé mentale entretiennent avec leur environnement immédiat devient ainsi une étape incontournable de la réflexion sur le logement en santé mentale. Adoptant l'optique, avancée par l'OMS (2013), qui voit l'environnement comme un déterminant de la santé, y compris de la santé mentale, nous nous intéressons à l'étude des trajectoires des résidents en santé mentale pour répondre à la question de recherche suivante : Quels rapports les usagers des maisons d'hébergement en santé mentale instaurent-ils avec leur milieu de vie et leur quartier ?

Comprendre comment ces personnes utilisent l'espace, se l'approprient, s'y déplacent, mais aussi quels obstacles ils y retrouvent et quels soutiens sont possibles, nous permettra de comprendre comment agir sur le territoire pour en faire le plus possible un outil favorable au bien-être.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons conçu un dispositif méthodologique en deux phases que nous avons mis en œuvre à partir de 4 maisons d'hébergement en santé mentale. Quatorze résidents ont d'abord répondu à 26 questions ouvertes pendant une entrevue individuelle structurée, à la

fin de laquelle ils ont dessiné la carte mentale de leur quartier. Ensuite, nous avons organisé 4 groupes de discussion, un dans chaque maison, qui ont réuni les participants de la première phase y demeurant.

Le corpus de données recueillies nous a permis d'avancer des recommandations pour le choix des nouveaux sites d'implantation des logements en santé mentale. Ces recommandations se concentrent sur quatre aspects de l'environnement immédiat, physico-spatial comme social : les services de proximité, les transports en commun, les éléments naturels et la communauté.

Nos conclusions permettent un regard plus compréhensif de l'environnement immédiat des ressources résidentielles en santé mentale, puisque les points de vue et les expériences de leurs usagers sont directement pris en compte. Nos recommandations fournissent, par conséquent, aux décideurs un outil supplémentaire dans le processus de sélection des sites d'implantation.

Finalement, des nouvelles recherches capables d'approfondir les effets des caractéristiques environnementales ayant émergé de notre étude, sur le bien-être des résidents en santé mentale, sont souhaitables.

Mots-clés

Appropriation de l'espace, pratiques, santé mentale, maison d'hébergement en santé mentale, environnement immédiat, résidents en santé mentale.

Abstract

During his life, one in five Canadians will suffer from a mental illness, diagnosed or not, according to the data of the mental health action plan (2015-2020). Furthermore, mental disorders constituting the “13 % of the total load of morbidity at the world level” in 2004 (WHO, 2013), are intended to represent the main cause of morbidity in 2030 (Fleury and Attic, on 2012).

In response to these observations, numerous plans, at a national and international levels, have been implemented, and underline the urgency of new care solutions but also housing solutions for people diagnosed with a mental health disorders. Because the concept of housing is very large and includes not only the residential structure as such, but also its immediate environment, it is essential to perceive it in all its complexity. Investigating the functioning of persons with mental illness in the contexts of their housing and the surroundings of it, becomes a major stage of the mental health-housing research agenda. Considering, as WHO already advanced, that the environment is one of the health, determinants, mental health included, we are interested in the study of the trajectories of the residents of mental health housing to answer the following research question: What relationship do residents of mental health housing establish with their living environment and their neighborhood?

Understanding how these people use the space, appropriate the space, move around it, but also which obstacles and which supports they find there, helps us to determine the best interventions on the territory to make, as much as possible, the environment favorable to the health and the well-being.

To answer our research problem, we designed a methodological two-phase plan and we implemented it in 4 mental health supported houses. Initially, 14 residents answered at 26 open questions during a structured individual interview, at the end of which they drew a mental map of their neighborhood. Then,

we organized 4 focus groups, one in each supported house, involving all the participants of the first phase which live there.

Our body of data allowed us to suggest a few recommendations for choosing the new implantation sites for mental health housing. These recommendations concentrate on four aspects of the immediate environment, whether spatial or social: local services, public transportation, natural elements and community.

Our conclusions allow a more comprehensive look of the immediate environment surrounding the mental health supported houses, because the perspectives and experiences of their users are directly considered. Consequently, our recommendations provide the decision makers with an additional tool in the process of selection of the new implantation sites.

Finally, we encourage research to deepen the effects of the environmental features emerged from this study, on the well-being of the residents living in supported mental health houses.

Key-words

Space appropriation, practices, mental health, mental health housing, immediate environment, mental health residents.

Table des matières

<i>Résumé</i>	<i>i</i>
<i>Abstract</i>	<i>iii</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>ix</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>x</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xiii</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
1 PROBLÉMATIQUE ET APPROCHES THÉORIQUES DE LA RECHERCHE	4
1.1 PROBLÉMATIQUE : LA DIMENSION SPATIALE DE LA MALADIE MENTALE ENTRE DEINSTITUTIONNALISATION ET RÉTABLISSEMENT	4
1.2 PETITE HISTOIRE DE LA RELATION SANTÉ-ENVIRONNEMENT ET DE SES DÉCLINAISONS	12
1.2.1 LA RELATION SANTÉ-ENVIRONNEMENT	13
1.2.2 ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT- SANTÉ PHYSIQUE	16
1.2.3 ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT- SANTÉ MENTALE	18
1.2.3.1 Études sur les environs des maisons d’hébergement pour personnes souffrant de problèmes de santé mentale	22
1.3 QUESTION DE RECHERCHE	25
1.4 CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	26
1.4.1 APPROCHES THÉORIQUES	27

1.4.1.1	La théorie socio-écologique et sa portée interprétative	27
1.4.1.2	L'analyse systémique pour une lecture de l'espace comme ensemble de composants interconnectés	30
1.4.1.3	L'urbanisme favorable à la santé	32
1.4.2	DEFINITIONS DES CONCEPTS	34
1.4.2.1	Le concept de « santé mentale suffisamment bonne »	35
1.4.2.2	La maison d'hébergement	37
1.4.2.3	Le quartier comme terrain d'étude : définition et fonctionnement	40
2	DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	43
2.1	LA CONSTRUCTION DE L'ÉCHANTILLON	43
2.2	LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT	45
2.3	LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	47
2.3.1	L'ENTREVUE STRUCTURÉE	48
2.3.2	LES CARTES MENTALES	49
2.3.3	LES GROUPES DE DISCUSSION	50
2.4	LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	51
2.4.1	L'ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS STRUCTURÉS	51
2.4.2	L'APPROCHE SÉMIOTIQUE DE LECTURE DES CARTES MENTALES	52
2.4.3	L'ANALYSE PAR QUESTIONNEMENT ANALYTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES GROUPES DE DISCUSSION	53
3	CARACTÉRISATION DES TERRAINS À L'ÉTUDE	55
3.1	SECTEUR 1	55
3.2	SECTEUR 2	62

4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS _____ **71**

4.1 LES DONNÉES RECUEILLIES LORS DES ENTREVUES _____ **71**

4.1.1 LES SERVICES ET LEUR UTILISATION _____ 72

4.1.2 LE SENTIMENT DE SECURITÉ _____ 75

4.1.3 LES ÉLÉMENTS NATURELS _____ 79

4.1.4 LE RAPPORT À L'AUTRE AU QUOTIDIEN _____ 82

4.1.5 LA MOBILITÉ ET LES DÉPLACEMENTS EN TRANSPORT EN COMMUN _____ 86

4.1.6 LA MIXITÉ SOCIALE ET CULTURELLE _____ 93

4.1.7 L'ESPACE VÉCU INTÉRIEUR _____ 94

4.2 LES RÉSULTATS OBTENUS AU MOYEN DES CARTES MENTALES _____ **97**

4.3 LES ÉLÉMENTS RECUEILLIS LORS DES GROUPE DE DISCUSSION _____ **106**

5 DISCUSSION _____ **115**

5.1 UNE ANALYSE DES COMPOSANTS DE L'ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT SOUS LE PRISME SOCIO-ÉCOLOGIQUE _____ **116**

5.2 UNE LECTURE SYSTÉMIQUE DES RELATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT _____ **121**

5.3 DE LA SPÉCULATION THÉORIQUE AUX PRINCIPES OPÉRATIONNELS : VERS UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ _____ **124**

5.4 RECOMMANDATIONS _____ **126**

5.4.1 L'OFFRE DE SERVICES _____ 128

5.4.2 LES DÉPLACEMENTS ET LE TRANSPORT COLLECTIF _____ 129

5.4.3 LES ÉLÉMENTS NATURELS _____ 131

5.4.4	LA COMMUNAUTÉ	133
5.5	LIMITES DE L'ÉTUDE	134
5.6	PERSPECTIVES	136
<i>Conclusion</i>		138
<i>Références bibliographiques</i>		141
<i>Annexes</i>		155
1.	Certificat d'approbation éthique	155
2.	Formulaire d'information et de consentement	160
3.	Grille d'entretien en français	160
4.	Grille d'entretien en anglais	167
5.	Grille d'entretien focus group Maison A - Quartier 1	173
6.	Grille d'entretien focus group Maison B - Quartier 1	176
7.	Grille d'entretien focus group Maison C – Quartier 2	179
8.	Grille d'entretien focus group Maison D – Quartier 2	182

Liste des tableaux

Tableau 1. Types de ressources et offre résidentielle en santé mentale.....	p.38
Tableau 2. Offre de services résidentiels selon le niveau de services.....	p.39
Tableau 3. Informations générales sur les participants.....	p.46
Tableau 4. Trajectoires de mobilité des résidents.....	p.90
Tableau 5. Représentations mentales du quartier de résidence.....	p.99
Tableau 6. Liste des déterminants de santé et des objectifs visés pour un urbanisme favorable à la santé.....	p.125

Liste des figures

Figure 1. Les six principes socio-écologiques pour la recherche en santé.....	p.28
Figure 2. Le modèle systémique.....	p.32
Figure 3. Représentation graphique des déterminants de santé à travers le prisme de l'aménagement de nos territoires.....	p.33
Figure 4. Carte d'utilisation du sol du secteur 1.....	p.56
Figure 5. Parcours et arrêts de bus du secteur 1.....	p.57
Figure 6. Carte des équipements et services du secteur 1.....	p.58
Figure 7. Pyramide des âges du secteur 1, recensement 2016.....	p.59
Figure 8. Pourcentage d'immigrants dans le secteur 1.....	p.60
Figure 9. Mobilité résidentielle du secteur 1.....	p.60
Figure 10. Pourcentages de personnes qui vivent avec un revenu inférieur à 20000 \$ dans le secteur 1.....	p.61
Figure 11. Pourcentage de personnes au chômage dans le secteur 1.....	p.62
Figure 12. Carte d'utilisation du sol du secteur 2.....	p.64
Figure 13. Parcours et arrêts de bus du secteur 2.....	p.65
Figure 14. Carte des équipements et services du secteur 2.....	p.66
Figure 15. Pyramide des âges du secteur 2, recensement 2016.....	p.67

Figure 16. Pourcentage d'immigrants dans le secteur 2.....	p.68
Figure 17. Mobilité résidentielle du secteur 2.....	p.68
Figure 18. Pourcentages de personnes qui vivent avec un revenu totale inférieur à 20000 \$ dans le secteur 2.....	p.69
Figure 19. Pourcentage de personnes au chômage dans le secteur 2.....	p.70
Figure 20. Les mesures de l'environnement physique et social pour l'étude des structures spécialisées.....	p.116
Figure 21. Forme du système « milieu de vie » de la ressource résidentielle en santé mentale selon l'approche systémique.....	p.122

*À tous ceux qui se sont perdus au moins une fois dans leur vie,
pour célébrer leur courage dans la quête d'une place dans ce monde*

Remerciements

La rédaction de mon mémoire de maîtrise a représenté pour moi un défi constant qui m’a mise face à moi-même, à mes limites, mais aussi à un potentiel créatif inattendu que je me dois de cultiver. L’épilogue positif de ce cheminement exigeant, mais en même temps enrichissant, est en grande partie dû à l’encouragement, l’aide et l’écoute de beaucoup de personnes, proches et lointaines. Je suis, à jamais, votre débitrice.

Je veux remercier, en premier lieu, mes directeurs de recherche : Paul Lewis et Marie-Laurence Poirer. Sous votre direction, j’ai pu apprendre à atteindre mes objectifs de recherche avec une rigueur scientifique à laquelle tout chercheur doit s’astreindre, même une chercheuse en herbe comme je le suis. Votre contribution à mon projet de recherche a représenté aussi pour moi l’opportunité de situer mon travail sur un terrain multidisciplinaire, ce qui m’a permis de développer un regard plus sensible à la complexité du système ville. Pour votre encadrement patient et passionnant, à vous va ma plus sincère gratitude.

Je tiens ensuite à remercier les 14 résidents des ressources résidentielles participantes, qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps à mon projet de recherche. Sans vous, ce travail n’aurait jamais pu voir le jour. Votre contribution, mais aussi celle des responsables des ressources intermédiaires qui m’ont ouvert leurs portes et consacré leur temps, a été des plus précieuses. Je vous en serai toujours très reconnaissante.

Je tiens à adresser des remerciements particuliers à l’ARIHQ (Association des Ressources Intermédiaires d’Hébergement du Québec) dans les personnes de Mme Annie Gauthier et M. Luc Vallerand qui ont cru dans mon projet quand il était encore à ses balbutiements, et qui m’ont donné les moyens de le réaliser en me présentant aux maisons d’hébergement intéressées.

Merci à tous mes proches qui avec leurs pensées d'encouragement, leurs prières et leurs appels ont su dépasser les limites spatiales qui nous séparent, pour me soutenir constamment et affectueusement.

Des remerciements spéciaux vont à mes parents qui ont été et sont encore une source d'inspiration constante dans ma vie, grâce à leur ténacité, leur engagement, leur sensibilité et une bonne dose d'ironie et d'autodérision. Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour le soutien précieux avec lequel vous m'avez accompagnée tout le long de ce parcours académique, et parce que vous n'avez jamais arrêté de croire en moi. Ma reconnaissance envers vous est éternelle et s'accompagne de beaucoup d'amour et d'estime.

La dernière, mais non la moindre, mon amie Madeleine, merci infiniment. Non seulement tu as partagé avec moi un long parcours universitaire qui m'a mise à l'épreuve, mais tu as su être à l'écoute, me soutenir, me secouer et me lancer des bons défis. Nous avons ri ensemble, voyagé ensemble, rêvé ensemble et il y a beaucoup plus qui nous attend. Pour tout cela, je veux te dire merci. Ta présence dans ma vie est un véritable rayon de soleil.

À tous ceux qui ne sont pas nommés ici, mais qui ont touché ma vie et qui m'ont aidé dans mon parcours personnel, je veux vous dire merci, puisque c'est grâce à vous, entre autres, si j'ai pu me construire et reconstruire, année après année, plus forte et plus passionnée.

Introduction

« On peut affirmer que, dans la société de demain, profondément différente de la nôtre, le trouble mental émergera sous des aspects que nous ne pouvons prévoir et que le problème nécessitera des abords nouveaux. Il en résulte l'obligation pour le psychiatre, d'alerter les édificateurs du monde moderne afin qu'il soit tenu compte, dans leurs plans, des nécessités de prévoir une place pour un appareil psychiatrique. Il s'agit d'une obligation urgente, car les plans s'élaborent maintenant et figeront les choses pour un temps fort long. C'est l'urbanisme des années qui viennent qui fixera les modes d'exercices et partant l'existence de la psychiatrie pour un siècle au moins. »
(Daumézon G., 1967)

C'est vers la fin des années 1960 que le Dr. Daumézon, psychiatre, introduit le numéro spécial « consacré aux problèmes de la psychiatrie envisagés sous l'angle de l'architecture et de l'urbanisme », de la revue *Recherches*, fondée en 1965 par Félix Guattari. C'est l'époque de l'urbanisme moderne, fonctionnaliste et interventionniste, de ses masters plans et de ses grands ensembles. C'est aussi l'époque de la remise en question de la discipline psychiatrique et de ses pratiques. Les modèles de soin propres à la psychiatrie asilaire sont en train de faire de la place à ceux de la psychiatrie de secteur (Michel dans Severo, 2009). Il s'agit d'un vrai changement de paradigme, non seulement pour la discipline psychiatrique et sa mise en œuvre, mais également pour la société elle-même, son organisation, ses acteurs et ses espaces. Aussi appelée psychiatrie intégrée dans la cité (Roleandt et Desmons, 2002 dans Severo, 2009), elle prône la réintégration des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans leur environnement. Elle a contribué au mouvement de désinstitutionnalisation qui a touché, entre autres, le Québec au cours des dernières décennies. Cette nouvelle orientation a vu une réorganisation des services et l'implantation d'un réseau de ressources en milieu urbain, voués à l'accompagnement des personnes aux prises avec un trouble mental dans leurs parcours de réinsertion. Le changement que ce nouveau mouvement préconise va s'avérer d'une grande complexité, non seulement à cause des défis d'ordre pratique qu'il impose concernant, par exemple, la mise en place de logements pour les personnes souffrant d'un trouble mental, mais surtout parce que le nouveau milieu d'insertion, le milieu urbain, est

loin d'être un terrain neutre. La ville est un système complexe et composite, comme le sont les différentes réalités socio-spatiales qui la composent. Des défis concernant d'un côté l'acceptabilité sociale des structures pour personnes psychiatisées, et de l'autre côté des questions d'efficacité fonctionnelle liées à leur localisation, imposent une réflexion préliminaire à l'implantation de ressources résidentielles en santé mentale en milieu urbain, afin de tenir compte des spécificités de ce milieu d'insertion et d'assurer l'efficacité du service. C'est ici que notre intérêt de recherche surgit, à mi-chemin entre environnement et santé, plus précisément entre environnement immédiat et santé mentale. Il voit le jour sous la prémisse fondamentale que l'environnement est un déterminant de la santé (OMS, 2013) et que la santé est un concept large, qui comprend la santé mentale. À la lumière de ça, nous avons voulu nous interroger sur l'utilisation de l'espace, son appropriation, les trajectoires qui sont mises en place par les résidents des structures résidentielles en santé mentale. Quels rapports les usagers des maisons d'hébergement en santé mentale instaurent-ils avec leur milieu de vie et leur quartier ? Il nous intéresse d'appréhender l'espace et ses composants à travers leurs propres récits, perceptions, émotions. Il s'agit de comprendre quels obstacles ces résidents rencontrent au quotidien, dans leur environnement immédiat, mais aussi quels sont les éléments qui contribuent à leur bien-être.

Le cadre théorique qui accompagnera notre travail est l'approche socio-écologique. Elle permet d'« envisager les relations parmi l'individu, les communautés d'individus et leurs environnements, à la fois spatiaux et sociaux. » (Absil, 2014) À l'instar du cadre proposé par Moos (1974), et repris par Kloos et Shah (2009), pour la recherche socio-écologique en santé, nous allons aborder notre sujet d'étude selon six principes fondamentaux. Ceux-ci nous permettent de prendre en compte toutes les dimensions de l'objet d'étude, ainsi que leurs interrelations, du point de vue des acteurs du système et dans le but d'agir pour en encourager l'équilibre.

Cinq chapitres composent ce mémoire. Le premier chapitre est dédié à la présentation de la problématique, la définition du cadre théorique et des concepts de recherche. Suivra la présentation du dispositif méthodologique adopté pour la collecte des données et des méthodes choisies pour leur

analyse. Le troisième chapitre présentera une courte caractérisation des deux terrains à l'étude, tandis que le quatrième sera consacré à la présentation des résultats. La discussion des résultats occupera la dernière partie de ce travail.

1 PROBLÉMATIQUE ET APPROCHES THÉORIQUES DE LA RECHERCHE

Ce premier chapitre est dédié à la présentation de la problématique de recherche et à la définition des théories et des concepts de recherche. D’abord, nous allons introduire les enjeux liés à notre problématique de recherche, afin de pouvoir, par la suite, la positionner par rapport aux études antérieures. La question de recherche fera l’objet de la troisième section du présent chapitre et sera suivie d’une quatrième et dernière section, consacrée à l’introduction des théories et des concepts adoptés dans notre recherche. Dans cette dernière section, les approches théoriques seront présentées en premier ; la définition des concepts sera enfin abordée, en guise de conclusion du présent chapitre.

1.1 PROBLÉMATIQUE : LA DIMENSION SPATIALE DE LA MALADIE MENTALE ENTRE DÉSINSTITUTIONNALISATION ET RÉTABLISSEMENT

Le logement, reconnu comme droit fondamental à l’article 25 de la Déclaration universelle des droits de l’Homme (ONU, 1948), est un déterminant crucial de la santé de tout individu (OMS, 1986). Au sens plus large du terme, le logement est le « point d’insertion dans un ensemble plus vaste : le logement situe les individus dans un environnement, souvent un quartier avec ses services, ses écoles, les possibilités qu’il offre d’accéder au travail, à un réseau social élargi » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2003, p. 23 dans Morin et Baillargeau (2008)). Le milieu de vie, en effet, joue un rôle essentiel dans la santé mentale des gens (Evans, 2003 ; Chen et Chen, 2015), dont l’OMS définit enfin les déterminants, c’est-à-dire « non seulement des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais

aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux » (WHA66, 2013, p. 8).

La prise en compte, dans les choix résidentiels, de ces facteurs environnementaux constitue, dans la majorité des cas, une démarche essentielle, préliminaire à tout choix de logement, qui est évalué non seulement par ses propres caractéristiques, mais aussi en fonction de son milieu d'insertion. Le poids du facteur localisation dans la prise de décision en matière de logement est ainsi très important à côté des spécificités du bien immobilier en soi-même (Gueymard, 2006).

Les contraintes individuelles susceptibles de contribuer à l'émergence de situations d'inégalité territoriale, quant au cadre de vie (équipements, services, transports, espaces verts) ou à l'exposition aux nuisances urbaines par exemple, peuvent être de nature économique, c'est-à-dire liées au budget du ménage qui est acteur du choix résidentiel (Faburel, 2008), ou liées à l'offre. Il existe toutefois des mesures de compensation (Schaefer, 2009), des subventions gouvernementales, comme le programme allocation-logement¹, et fédérales, telle que l'Investissement dans le logement abordable (IDLA)², qui jouent le rôle de palliatif et qui sont censées rééquilibrer l'accès au logement de la population.

Il existe cependant des catégories d'individus qui, avant même de faire face à la contrainte budgétaire, se retrouvent privées de leur plein choix résidentiel tout court (Action Autonomie, 2006)³. Il s'agit de personnes âgées, de personnes en perte d'autonomie ou aux prises avec un trouble mental, qui se voient contraintes à choisir des solutions résidentielles dans des structures adaptées.

Or, si les personnes âgées et celles en perte d'autonomie subissent des contraintes au niveau de l'offre de logement, quant à sa disponibilité et son abordabilité, elles gardent néanmoins leur droit de choisir librement leur nouvelle demeure, en plus de bénéficier des programmes d'aide au niveau fédéral et

¹ www.revenuquebec.ca

² www.cmhc-schl.gc.ca (Société canadienne d'hypothèques et de logement).

³ Action Autonomie est un collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal.

provincial (FADOQ, 2016)⁴. Par contre, dans le cas des résidents des ressources en santé mentale, le choix résidentiel qui s'effectue, généralement, après une hospitalisation en milieu psychiatrique, ne répond pas à des critères personnels, mais il s'agit souvent du résultat d'une assignation d'office de la part du personnel de l'hôpital psychiatrique. Ce dernier collabore avec plusieurs structures résidentielles spécialisées en santé mentale qui offrent différents niveaux d'encadrement. Elles sont souvent localisées aux alentours de l'hôpital psychiatrique auquel elles sont rattachées, mais elles ne sont pas très nombreuses.

Dans le cas d'une négociation avec leurs patients, « néanmoins, les divers intervenants en santé mentale tendent à suggérer à leurs clients d'intégrer des milieux de vie plus structurés malgré leurs préférences (Piat et al., 2008b) » (ACSM-MTL, 2016, p. 9). Le choix résidentiel individuel est donc souvent absent ou très limité, ne serait-ce qu'à cause de l'offre limitée de structures résidentielles spécialisées en santé mentale.

Or, le choix de logement et, plus généralement du milieu de vie, est d'une importance considérable dans le développement personnel de chaque individu, pour sa qualité de vie et son épanouissement. Il est donc pertinent de croire que cet aspect doit être pris en considération dans tout choix résidentiel, quel que soit l'acteur ou le bénéficiaire. Pour ce qui concerne notamment les personnes en situation de handicap psychique, « l'indépendance et le choix, l'emplacement pratique, le confort et la sécurité, le caractère abordable et l'intimité sont parmi les préoccupations principales des usagers en matière de logement (O'Brien et al., 2002, cité dans Commission de la santé mentale du Canada, 2013, p. 55). » (ACSM-MTL, 2016, p. 9)

Mais si les personnes âgées et en perte d'autonomie sont en mesure d'opérer leur choix sur la base de plusieurs critères, parmi lesquels la qualité de l'environnement immédiat, les mêmes considérations ne sont pas nécessairement présentes lorsqu'il s'agit des personnes souffrant de troubles mentaux. À ce

⁴ FADOQ est un réseau québécois qui a une mission de représentation des personnes de 50 ans et plus.

sujet, nous pouvons citer l'étude de Piat et al. (2008) investiguant les préférences résidentielles de 315 personnes ayant un problème de santé mentale et habitant dans une ressource d'hébergement montréalaise. Elle révèle que 44 % des personnes interviewées auraient souhaité habiter dans leur propre appartement, 18 % en HLM ou en OBNL, 15 % en appartement supervisé, 11 % dans une ressource de type familial et pour les autres (12 %) la préférence n'est pas précisée (Piat et al., 2008a).

Lorsque des patients psychiatriques sont relocalisés dans des structures externes à l'hôpital, telles que les ressources intermédiaires ou de type familial, ils doivent faire face à un processus d'adaptation au nouveau lieu de résidence choisi pour eux ou fortement suggéré. Il devient pourtant fondamental de vérifier, au préalable, que l'ensemble de ces structures soient localisées dans des contextes aptes à encourager cette adaptation et propices à l'épanouissement de leurs résidents.

En guise d'exemple, on peut considérer le fait que plusieurs d'entre eux ne peuvent pas conduire et sont donc dépendants du transport public pour leurs déplacements. « La mobilité autonome est non seulement une partie indispensable du processus de réintégration, parce qu'elle aide ces gens à reprendre confiance dans l'interaction sociale, mais c'est également pour eux un moyen d'accès essentiel aux réseaux de traitement et de soutien. » (OECD, 2009, p. 13) La prise en compte de la desserte en transport en commun s'avère donc un des critères essentiels dans le choix de localisation d'une ressource résidentielle en santé mentale.

Au-delà de l'accessibilité au transport public, il existe un large éventail de facteurs environnementaux susceptibles de jouer un rôle actif dans la qualité de vie des résidents. Le déploiement de leur action a intéressé plusieurs chercheurs et en interroge encore beaucoup d'autres. Notre questionnement s'insère notamment dans le cadre de cette réflexion et se veut un moyen d'approfondir les connaissances sur les liens entre les personnes en structure d'accueil et leur environnement immédiat.

Cet objectif est d'autant plus pertinent à la lumière des changements de paradigme qui ont intéressé les structures de soin psychiatriques, leur logique de configuration, leur localisation et leur fonctionnement.

Avec Severo (2009, p. 40), « on peut affirmer de façon générale que l'histoire des lieux de soins psychiatriques, comme l'histoire de l'architecture hospitalière, est liée aux grandes transformations de la structure de la ville et du territoire ». Ces grandes modifications de la ville que Severo catégorise dans les trois phases de ville préindustrielle (jusqu'au XVII^e siècle), industrielle (XVIII-XIX^e siècle) et contemporaine, s'accompagnent de l'élaboration et la mise en œuvre de principes d'implantation antithétiques des structures de soin. Nous retrouvons ainsi, au tournant du XIX^e siècle, l'expulsion de l'hôpital psychiatrique de la ville ancienne dans un mouvement de l'intra-muros vers l'extra-muros. Cette trajectoire est inspirée par une logique aliéniste qui voulait confiner les structures de soin au dehors du territoire urbain pour les préserver des dynamiques pathogènes de la ville. À ce propos, en 1843, Archambault nous dira que : « pour mettre de l'ordre dans les idées des aliénés, il faut en mettre autour d'eux. » (Demilly, 2014)

Le mouvement en sens opposé, de l'extra-muros à l'intra-muros, propre à la ville contemporaine et fruit des nouvelles approches thérapeutiques qui prônent la réintégration communautaire des malades, voit enfin la réinsertion des bâtiments hospitaliers en milieu urbain (Severo, 2009).

« Désormais, le but n'est plus de mettre à l'écart cette population, mais bien de ne pas la couper de son milieu de vie et favoriser sa réinsertion sociale. » (Leothaud, 2006)

Cette inversion de tendance spatiale est la mise en œuvre d'une stratégie de soin qui voit le milieu d'insertion comme un acteur dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux (CSMC, 2015) ; la ville se retrouve ainsi investie du nouveau rôle d'outil de réadaptation.

La nouvelle place que le milieu est invité à jouer dans la réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux au sein de la communauté, interroge quant à sa forme et ses caractéristiques. Le milieu de vie n'étant pas un objet monolithique, il est nécessaire de se pencher sur ses différents aspects pour pouvoir les isoler, les définir et les mettre en relation avec leurs usagers. C'est en effet l'utilisateur qui s'approprie

le territoire et l'investit de sa propre signification. Ce constat est d'autant vrai qu'on considère le point de vue des résidents en santé mentale.

L'investigation du lien avec l'environnement immédiat ne peut donc passer que par les résidents eux-mêmes, les seuls capables de nous renseigner sur leur propre milieu et susceptibles de nous suggérer la direction à prendre pour la localisation des nouvelles ressources résidentielles.

Il existe une grande variété de structures d'hébergement en santé mentale puisque les troubles mentaux se caractérisent par une grande diversité quant à leurs manifestations cliniques et, par conséquent, aux programmes de soins. Malgré cette hétérogénéité des ressources résidentielles spécialisées et des niveaux d'encadrement qui sont appliqués, la prise en compte du milieu d'insertion comme objet d'étude reste pertinente, quel que soit le type de structure étudiée. En effet, une structure résidentielle en santé mentale sera toujours, incontestablement, localisée dans un territoire avec ses propres spécificités environnementales. L'étude du milieu s'intéressant aux rapports entre l'usager et son cadre de vie, la logique interne à la structure, son niveau d'encadrement et son statut juridique perdent ainsi d'importance, à condition que l'usager maintienne sa liberté de mouvement. Ces constats servent à spécifier que la problématique ici discutée concerne non seulement les structures résidentielles que nous avons choisi d'explorer aux fins de notre recherche, c'est-à-dire les ressources intermédiaires, mais aussi tout logement spécialisé en santé mentale. L'objet d'étude de notre recherche étant, en effet, le rapport des résidents en santé mentale avec leur environnement immédiat, et non pas la maison d'hébergement en tant que telle, la problématique comme les résultats de notre enquête sont applicables aux différents types de structures résidentielles en santé mentale.

Les renseignements que nous souhaitons recueillir pendant notre étude sur le rapport que les personnes souffrant de troubles mentaux entretiennent avec leur environnement immédiat, apparaissent non seulement essentiels pour que les dispositifs de soin soient efficaces auprès des résidents, surtout dans le contexte d'une augmentation des cas de troubles mentaux au niveau mondial.

Le caractère prioritaire accordé aux actions visant la prévention des maladies mentales est souligné par l'essor de nombreux plans d'action aux niveaux national et international. « L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) soulignait déjà en 2001 la nécessité de se préoccuper de la santé mentale, de sa promotion et de sa prévention (OMS, 2001) » (INSPQ, 2017). Ces plans sont une réponse au constat d'un taux mondial croissant des troubles mentaux (WHO, 2015), lesquels constituaient, déjà en 2004, « 13 % de la charge totale de morbidité à l'échelle mondiale et devraient se situer autour de 15 % en 2015 » (OMS, 2013, p. 8). « Au Québec comme au Canada, on estime que près de 20 % de la population souffre d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non » (MSSS, PASM, 2015-2020)⁵. À l'échelle régionale, en plus, les prévisions de l'Institut de santé mentale de Québec révèlent des données alarmantes : 1,8 million de personnes souffriront d'un trouble mental en 2031 (ISQ, 2011). Ceci est en partie dû au fait que la maladie mentale se manifeste plus fréquemment dans des groupes d'âge comme celui des jeunes et celui des aînés. Compte tenu de la forte augmentation de population dans cette dernière tranche d'âge, le nombre de nouveaux cas de maladie mentale est destiné à grandir.

L'urgence est dictée, également, par des considérations d'ordre économique qui sont liées à l'impact mondial cumulé des troubles mentaux, estimé autour de 16,3 billions de dollars US de production économique perdue entre 2011 et 2030, selon les données du Forum économique mondial de 2011 (WHA66, 2013).

Au niveau des ressources mises en place afin de répondre à cette urgence, nous pouvons constater, à l'aide des données de l'OMS (2011), une insuffisance au niveau mondial dérivant du constat qu'entre 75 % et 85 % de personnes souffrant de troubles mentaux ne reçoivent pas de traitement dans les pays à faible revenu, tandis que ce pourcentage baisse à 35-50 % pour les pays à haut revenu, ce qui souligne une situation déficitaire globale qui demande une prise de position.

⁵ Plan d'action en santé mentale (PASM).

Pour ce qui concerne, plus spécifiquement, la réalité montréalaise et les ressources résidentielles parmi l'éventail de ressources dédiées aux personnes ayant un trouble mental, nous constatons, à l'aide des listes d'attente de 2014, un écart entre demande et offre de l'ordre de 150-300 places selon le code de service considéré. Une action visant à combler cet écart est donc non seulement souhaitée au niveau local selon le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 et le Plan de transformation régional 2013-2018 de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, mais elle s'inscrit aussi en tant qu'outil pour matérialiser le deuxième objectif ⁶ du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS, visant la mise en place de services de santé mentale intégrés au milieu communautaire. Les propos de ce deuxième objectif, se déclinant en cinq actions différentes, sont en lien étroit avec le contexte et ils questionnent, donc, les professionnels qui agissent sur le territoire.

Le centre d'hébergement et ses environs viennent donc jouer un rôle essentiel de point de départ de notre projet puisqu'ils constituent la première interface des résidents avec le monde extérieur et qu'une corrélation entre type-qualité d'habitat et santé mentale semble confirmée (Halpern, 2014 ; Marcus, 2006).

De surcroît, l'intérêt pour les maisons d'hébergement et leurs liens avec les différents milieux qui les entourent repose, dans le cadre de cette recherche, sur le constat du rôle de l'intégration communautaire dans la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux (Wong et Solomon, 2002). À partir de l'idée que l'intégration communautaire requiert un certain degré d'accessibilité spatiale aux services communautaires (Townley, Kloos et Wright, 2009), il est donc pertinent de s'interroger sur la localisation des structures de soin en santé mentale pour comprendre dans quelle mesure leur spatialité par rapport au milieu d'insertion joue un rôle dans la qualité de vie de ses résidents (Dear, 2000). Ce genre d'interrogation est d'autant plus approprié si nous considérons la concentration élevée de structures

⁶ « Objectif 2 : Mettre en place des services de santé mentale et de protection sociale complets, intégrés et réactifs dans un cadre communautaire », WHA66, OMS, p. 25.

de soin dans des territoires de banlieue, périphériques, souvent isolés, qui ne garantissent pas un accès direct aux services de proximité et communautaires (Tsemberis et Eisenberg, 2014).

Pour conclure, face à l'augmentation des diagnostics en santé mentale au niveau global, et à l'engagement politique d'institutions provinciales, nationales et supranationales vers une action de prévention et de traitement par le milieu, l'étude des spécificités du milieu nous semble incontournable à deux niveaux.

Premièrement à un niveau opérationnel, dans la pratique des professionnels de l'aménagement, pour qu'ils puissent opérer des choix éclairés à l'égard d'une population fragilisée et vulnérable.

Deuxièmement et plus que tout, il existe un aspect idéaliste, peut-être même un élan éthique, qu'anime cette réflexion sur l'environnement et c'est celui qui aspire à une ville inclusive, solidaire et respectueuse de chaque citoyen. C'est le rêve d'une ville qui incarne les idéaux d'équité, durabilité, coopération et participation, la seule qui puisse assurer l'intégration de toute la diversité qui est finalement la richesse et le véhicule de développement communautaire, notre développement.

1.2 PETITE HISTOIRE DE LA RELATION SANTÉ-ENVIRONNEMENT ET DE SES DÉCLINAISONS

Le parcours que nous allons suivre pour la présentation de cette recension des écrits répond à une logique en entonnoir. Nous allons tout d'abord introduire le concept de lien entre santé et environnement à travers le processus évolutif qui l'a vu protagoniste, pour analyser ensuite les approches interprétatives du binôme santé-environnement, avec une attention particulière pour le milieu urbain. Nous allons par la suite nous intéresser aux aspects de l'environnement immédiat susceptibles d'avoir un impact sur la santé, en opérant ainsi un changement d'échelle dans l'analyse santé-environnement, de la ville au milieu proche. Finalement, nous allons concentrer notre attention sur le rapport entre

l'environnement immédiat et la santé mentale ; cette dernière souvent mentionnée à peine parmi les aspects de la santé sensibles aux facteurs environnementaux, elle mérite ici d'être approfondie. La prise en compte des études menées sur ce sujet nous permettra donc de dresser l'état de l'art de la recherche dans le milieu et d'introduire notre question de recherche à la lumière des réflexions antérieures.

1.2.1 LA RELATION SANTÉ-ENVIRONNEMENT

La relation entre la santé humaine et l'environnement est, depuis longtemps, au centre de nombreuses études afférentes à des domaines hétéroclites (biologie, médecine, toxicologie, épidémiologie...) (Fischer et Dodeler, 2009). Déjà Hippocrate (IV^e siècle av. J. C.) dans son *Traité des airs, des eaux et des lieux*, traduit en 1840 par Émile Littré, mentionne le rôle de l'environnement en tant que cofacteur dans le développement des maladies (Gachelin, 2017). Plus tard, pendant le Moyen-Âge, le lien entre santé et environnement trouve sa place dans plusieurs théories comme celle des miasmes (Cicolella, 2010). Il s'agit d'une théorie épistémologique, aujourd'hui démentie, qui relie l'apparition de maladies, telles que le choléra, à l'exposition de la population aux « miasmata », des particules toxiques présentes dans les miasmes, une vapeur nocive appelée mauvais air. Toutefois, ce n'est qu'au cours du XIX^e siècle que l'ampleur de ce lien santé-environnement se dévoile. En effet, l'exode rural massif provoqué par l'industrialisation a été un des facteurs principaux de l'urbanisation rapide de cette époque (Bairoch, 1993). En peu de temps, le pourcentage des citadins sur la population totale dans les pays développés est passé de 10 % à plus de 30 % (Remund, 2013). C'est pendant cette période que des milliers d'ouvriers de la naissante industrie urbaine ont dû être logés dans des quartiers malsains et dans des conditions déplorables (Perdue, 2003). Avec un taux de mortalité urbaine de 36,1 ‰ (23,7 ‰ dans les campagnes) (Barles, 2011), des nombreux chercheurs se penchèrent sur la question du lien santé-

environnement et, plus spécifiquement, sur un type d'environnement bien précis : l'environnement urbain.

Parmi eux, le Dr. Louis-René Villermé nous laisse une trace importante de cette attention à l'environnement, d'inspiration hygiéniste, dans son enquête sur les conditions de vie des travailleurs de l'industrie textile française entre 1835 et 1837 (Frioux, 2015). L'hygiénisme, décrit par l'historien Jacques Léonard (1981) comme un « état d'esprit ambitieux (qui), mettant au premier rang la conservation de la vie et de la santé des populations », marque le début d'une approche polémique à la ville. L'environnement urbain est ainsi perçu comme insalubre et considéré comme déterminant principal des piètres conditions de santé de ses habitants. Ce cadre de lecture, connu sous le nom de « urban penalty approach », conditionne pendant longtemps l'interprétation de la relation santé-environnement en condamnant la ville à l'image d'un amalgame d'insalubrité et de pauvreté (Freudenberg et al., 2005). Les ouvrages d'assainissement réalisés en milieu urbain entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, et les améliorations conséquentes de l'état de santé générale de la population urbaine, participent au désamorçage de la virulente polémique anti-urbaine. On la retrouvera, cependant, à la fin du XX^e siècle quand des nouvelles études révéleront les nombreux cas de HIV, asthme, maladies mentales et autres conditions en milieu urbain, en comparaison d'autres environnements. Parmi ces derniers, le périurbain semble capter l'attention des chercheurs et inaugure de ce fait une nouvelle perspective dans l'analyse de la relation santé-environnement. Sous l'étiquette de « urban sprawl approach » (Freudenberg et al., 2015) nous retrouvons alors une clé de lecture différente de la relation entre santé et environnement, qui doit sa nouveauté non pas à la logique d'analyse quant à l'objet d'étude, le périurbain. Dans le « urban sprawl approach », les seuls aspects négatifs du périurbain sont pris en compte, comme le « urban penalties approach » l'avait fait pour le milieu urbain, et contribuent à lui assigner, à son tour et à lui seul, le rôle de déprédateur de la santé de la population. Même si quelques oppositions avant-gardistes peuvent être retrouvées déjà dans le Town and Country Planning Act de 1947, qui suggérait l'installation de ceintures vertes pour contrer l'expansion du territoire urbain (Moran, 2006), des critiques

systématiques des effets de l'étalement sur la santé se retrouveront plus récemment et intéresseront différents aspects de la santé. En particulier, l'étude de Ewing et coll. souligne une tendance à l'obésité parmi les adolescents entre 12 et 17 ans habitant des comtés caractérisés par un étalement urbain supérieur à la moyenne, et cette tendance, selon l'étude menée par Slater et al., (2012), se révèle plutôt faible dans des territoires avec étalement inférieur à la moyenne. L'agence de santé publique américaine (CDC-Centers for Disease Control) met en évidence l'asthme et l'obésité comme étant des risques étroitement liés à la vie dans le périurbain (Riediker et Koren, 2004). Comme nous pouvons le remarquer, toutes ces études ont comme objectif de souligner l'impact de l'étalement urbain sur la santé des personnes et proposent donc une lecture du rapport santé-environnement selon l'approche « urban sprawl ». Cette perspective partage avec l'approche « urban health penalty » une analyse partielle des milieux d'investigation puisque la ville, comme le périurbain, sont étudiés sous une loupe négative, qui met en évidence exclusivement les facteurs non favorables ou nuisibles à la santé, sans considérer du tout ceux qui pourraient jouer un rôle positif. L'absence d'une vision d'ensemble de ces milieux a stimulé la réflexion sur la meilleure perspective à adopter dans l'analyse du lien santé-environnement, ce qui s'est traduit par le développement d'une troisième approche, axée sur les conditions de vie ou approche « urban living conditions » (Freudenberg et al., 2005). Si, avec Freudenberg et al., nous considérons les « urban living conditions » en tant que « the totality of daily experiences that characterize urban life » (Vlahov et al., 2005), il nous sera facile de constater que des nouvelles dimensions et des nouveaux contextes vont rentrer dans l'analyse du rapport santé-environnement. L'environnement perd à cet égard son image monolithique, telle qu'on la connaissait dans les approches antérieures, et affiche enfin ses différents éléments. En effet, puisque la vie urbaine se déroule dans un ensemble varié de milieux, tels que la maison, la rue, le lieu de travail ou le quartier (Vlahov et al., 2005), pour n'en citer que quelques-uns, l'introduction de cette approche dans l'étude du binôme santé-environnement comporte une multiplication d'échelles d'étude. Dans ce contexte, l'analyse des relations entre milieu et santé se doit donc d'être non seulement multi-scalaire, puisque les niveaux d'observations sont différents, mais aussi

systemique à cause des interactions que chaque environnement instaure avec d'autres milieux. L'intérêt de cette approche aux fins de notre recherche se situe ainsi, précisément, dans la place qu'elle accorde à l'environnement et à ses multiples facettes. En effet, ce concept est appréhendé non seulement du point de vue multi-spatial, pour le fait qu'il englobe différents milieux de vie, mais aussi multidimensionnel, puisque ses dimensions physiques, mais aussi sociales, politiques et démographiques sont prises en considération. À la lumière de ce qui précède, nous allons expliciter, dans le paragraphe qui suit, comment cette dernière approche s'est matérialisée dans l'étude de la relation santé-environnement, avec une attention particulière pour l'environnement immédiat, à l'aide de quelques études.

1.2.2 ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT- SANTÉ PHYSIQUE

Le choix de concentrer notre attention sur l'environnement immédiat se justifie par la définition même du concept d'environnement que nous avons privilégié. En effet, si avec Fischer et Dodeler (2009) nous considérons « l'environnement non plus seulement comme un milieu naturel, mais comme un ensemble de lieux façonnés par et pour des activités humaines qui déterminent la santé », la relation santé-environnement nécessite donc une mise en contexte plus précise qui puisse prendre en compte les dimensions du « contexte psychosocial qui constitue une matrice d'existence individuelle et collective » (Fischer et Dodeler, 2009). Cette perspective met l'accent sur l'interdépendance des trois déterminants de la santé : les facteurs du milieu physique, de l'environnement social et des comportements de santé » (Fischer et Dodeler, 2009). Ce type d'approche qui combine à la fois des déterminants biologiques, des cadres de vie et des modes de vie différents, a été appliqué à l'étude de la relation santé-environnement avec, dans un premier temps, une attention exclusive aux aspects physiques de la santé. Bien que notre étude porte plutôt sur la santé mentale, il demeure néanmoins nécessaire de citer quelques études concernant le rôle de l'environnement bâti sur la santé physique. En effet, ces études pourront, d'un côté, nous familiariser davantage avec un concept d'environnement qui fait abstraction de ses composantes

chimiques et biologiques pour embrasser son sens plus large de cadre de vie. De l'autre côté, ces analyses rendront compte de l'étendue du champ de recherche concernant les facteurs environnementaux et leurs impacts sur la santé physique, nous permettant enfin de situer notre secteur d'étude spécifique, les rapports entre l'environnement immédiat et la santé mentale, dans le cadre complexe des déterminants environnementaux.

La majorité des études qui s'intéressent au binôme environnement bâti-santé physique ne font pas leur apparition avant la fin de la deuxième moitié du XX^e siècle. Unis par un passé commun, environnement et santé finiront par suivre deux chemins différents, le premier entraîné par des objectifs économiques de croissance et de développement territorial, l'autre concentrée sur les facteurs individuels de la santé (Williams, 2013). Il faudra donc attendre autour des années 1980 pour que les deux champs disciplinaires se retrouvent enfin à partager le même horizon, ce qui sera finalement volonté explicite du mouvement Healthy Cities qui, en 1984, encouragera la recherche sur la relation entre la vie urbaine et la santé (Williams, 2013). À partir de ce moment, la recontextualisation des déterminants de la santé a été la ligne directrice de plusieurs études qui ont traité différents thèmes parmi lesquels l'impact de la forme urbaine sur les niveaux d'activité physique de la population (Frank, L. D. et Engelke, P. O., 2001 ; Handy et al., 2002). Dans ce sens, l'étude de 2003 de Ewing et al. a pu mettre en évidence comment l'étalement urbain peut être en partie à l'origine d'une augmentation du poids à cause de la sédentarité. À cet égard, Bergeron et Reyburn, en 2010, constatent que : « L'environnement bâti exerce son influence sur les habitudes de vie et le poids principalement par l'intermédiaire de trois facteurs. Ces facteurs sont l'accessibilité, l'attrait et la sécurité (face à la circulation routière et face au crime) (Day et coll., 2006 ; Frank L.D., Engelke P.O. et Schmid T.L., 2003) ». L'accessibilité à une desserte alimentaire saine a été un autre des thèmes explorés en relation au taux d'obésité de la population qui a permis de confirmer le caractère obesogène de certains milieux de vie (Papas et al, 2007 ; Lake et Townshend, 2006). La disponibilité d'espaces verts dans la zone de résidence semble aussi, enfin, avoir un impact sur la santé puisque la proximité d'un parc peut encourager les résidents à pratiquer de l'activité physique. C'est ce

qui concluent Lavin et al. (2006) quand ils affirment que: « Urban environments that lack public gathering places can encourage sedentary living habits, while the provision of attractive parks and open spaces can facilitate opportunities for exercise » (Lavin et al., 2006). Le rôle des espaces naturels en tant que facilitateurs pour une vie active, est confirmé aussi par Barton (2009) soutenant que l'accessibilité à des parcs sécuritaires est strictement liée au niveau d'activité physique (Kent et Thompson, 2012 ; Bergeron, 2009).

Les quelques cas que nous avons illustrés précédemment nous aident à découvrir la multiplicité des champs d'études qui concernent la relation santé-environnement. Ils indiquent également quelques pistes à suivre dans l'analyse des relations entre environnement et santé mentale qui constitue le sujet central de notre travail. Le choix de présenter en premier les effets de quelques facteurs environnementaux sur la santé physique des personnes répond à une logique holistique. En effet, lorsqu'on considère la santé dans son acception large et, notamment, comme un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946), il est donc pertinent d'émettre l'hypothèse que certains déterminants environnementaux, tels que ceux exemplifiés plus haut, soient susceptibles d'avoir un impact non seulement sur la santé physique, mais aussi la santé mentale, ne serait-ce que par l'interdépendance qui les relie. Dans le prolongement de cette observation, nous allons donc toucher enfin au cœur de notre sujet de recherche, la santé mentale et son lien avec l'environnement, en partant de ses premiers balbutiements.

1.2.3 ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT- SANTÉ MENTALE

La tradition des études sur la relation entre environnement et santé mentale, bien que restreinte par rapport à celle concernant la santé physique, demeure néanmoins riche et trouve ses racines dans trois horizons théoriques différents. En effet, parmi les premiers à avoir approfondi le lien entre la dimension spatiale et la santé mentale, nous retrouvons Faris et Dunham avec leur étude de 1939 sur la

distribution spatiale des patients psychiatriques à Chicago (Propper et al., 2005). Leur recherche, citée dans les annales de géographie psychiatrique (Halpern, 2013), ouvre la tradition des études sur environnement et santé mentale et souligne l'effort de ces chercheurs d'établir un lien entre la maladie mentale et la désorganisation du quartier (Propper et al., 2005). Une étude contemporaine à celle de Faris et Dunham a été menée, en 1938, par Taylor qui essayait de documenter l'existence d'une « suburban nevrosis » (Halpern, 2013) (trad. libre « névrose périurbaine ») déterminée, selon le chercheur, par l'isolement que la vie dans le périurbain provoquait. Cette étude, tout comme les travaux de Martin et al. (1957) sur les résidents d'une new town près de Londres et de Clout (1962) sur la new town de Crawley, évoquant une incidence de cas de maladie mentale plus élevée au sein des nouveaux développements urbains, fait partie d'un deuxième ensemble de recherche. Celui-ci, connu sous le nom de New Town Studies, s'est concentré sur l'exploration des effets du style de vie périurbain sur l'état de santé mentale de ses résidents. Un troisième et dernier ensemble d'études, Urban-rural Differentials, est dédié à la comparaison entre vie urbaine et vie rurale et a pour objectif d'établir des liens de causalité entre le milieu de vie et l'apparition de certaines maladies mentales. C'est le cas, par exemple, de l'étude de Lewis et Booth (1992) qui lie la vie en ville avec un taux plus élevé de maladie mentale (Kelli et al, 2010) et de la plus récente recherche de Lederbogen et al. (2010) capable de démontrer, à l'aide d'imagerie médicale, la réponse du cerveau à certains stressors urbains susceptibles de créer une vulnérabilité au développement de la schizophrénie. Semblablement, le taux d'urbanisation d'un territoire, considéré sous la forme de niveau de densité urbaine, était retenu comme facteur d'exposition à la dépression et à la psychose dans le travail de Sundquist et al. (2004) sur 4,4 millions de Suédois sur une durée de trois ans. Les chercheurs ont donc conclu qu'un taux plus élevé d'urbanisation entraînerait des risques accrus de manifester des symptômes dépressifs ou psychotiques. Viennent aussi à soutenir cette thèse, toutes les recherches qui documentent une incidence inférieure de cas de maladie mentale, comme la dépression, dans des milieux de vie ruraux (Brown et Prudo, 1981).

Bien que certaines de ces études aient été contestées à cause de leur regard strictement déterministe et bien souvent, surtout dans les anciennes études de cas, insouciant des caractéristiques socio-économiques des territoires analysés, il reste que ces recherches ont su véhiculer l'idée de l'existence d'un ou, plus justement, des liens entre environnement et santé mentale et, enfin, ont encouragé les chercheurs à en approfondir la nature (Propper et al., 2005). Ces derniers ont donc commencé à incorporer des mesures à la fois individuelles (p. ex. âge, sexe, état de santé) et contextuelles (p. ex. pauvreté et taux d'emploi) afin de pouvoir établir un lien entre un faible état de santé mentale et les quartiers défavorisés (Propper et al., 2005). Tel est le cas du travail de Ross (2000) sur 2482 adultes résidents dans des quartiers difficiles de l'Illinois, aux États-Unis, démontrant chez ceux-ci un taux plus élevé de dépression par rapport à ceux qui vivent dans des quartiers plus fortunés. Bien que l'intérêt de cette étude soit incontestable par rapport à sa capacité d'isoler le lien environnement-santé mentale, d'épurer les variables afférentes à la mesure de la santé mentale de toute sorte de co-factorialité par rapport aux caractéristiques contextuelles, on s'aperçoit rapidement que les éléments de l'environnement bâti ne sont ici aucunement pris en compte. Ils feront, par contre, l'objet de maintes études dans lesquelles l'analyse sera tendanciellement concentrée sur une dimension à la fois, que ça soit un stressor environnemental tel que le bruit ou plutôt un attribut physique tel que la présence d'espaces verts dans un quartier déterminé. À ce propos, déjà en 1984, Ulrich mettait en évidence le rôle thérapeutique des éléments naturels (comme les arbres) dans le rétablissement des patients hospitaliers (Riediker et Koren, 2004).

Kuo et Sullivan, en 2001, ont vérifié l'importance des espaces verts pour leur capacité d'induire une baisse d'actes d'incivilité et d'épisodes de violence domestique, grâce à des observations *in situ* (Manusset, 2012). La proximité à des espaces naturels (à l'intérieur de 1 km) est susceptible enfin, selon Maas (2008), d'améliorer le bien-être des résidents et, toujours selon le chercheur, en son absence le taux de dépression serait de 1,33 fois supérieure par rapport aux quartiers équipés de parcs (Manusset, 2012). Au-delà des aspects relatifs à la présence de verdure, des nombreuses études ont traité du rôle joué par les aménagements sur la santé mentale des résidents (Miles et al., 2012). En effet, la configuration des

rues en ce qui concerne leur largeur, la présence de trottoirs et de traversées pour les piétons, pour en citer quelques-uns, est susceptible d'avoir un impact sur la marchabilité du quartier (Lord et Negron-Poblete, 2014 ; Raulin et al., 2016). La capacité des résidents de se déplacer à pied dans leur environnement immédiat a comme effet « d'encourager les interactions sociales tout en réduisant l'isolement social et les symptômes dépressifs » (« increasing social interactions in the neighborhoods while reducing social isolation and depressive symptoms ») (Satcher et al., 2012, p. 3). En plus le sentiment d'appartenance au quartier, qui joue un rôle extrêmement positif sur la santé mentale des résidents (Townley et Kloos, 2009 ; Young et al., 2004), semble être lié à l'utilisation des services et des équipements présents sur le territoire (Satcher et al., 2012). Il est donc pertinent de penser qu'un aménagement qui assure une accessibilité aux infrastructures communautaires ait des effets positifs sur la santé mentale des résidents puisque d'un côté il facilite les interactions sociales et, de l'autre côté, il renforce le sentiment identitaire des habitants. Un autre élément susceptible de renforcer les effets positifs de la marchabilité sur la santé mentale des gens est la mixité d'usage (Miles et al., 2012). En effet, la variété en termes d'offre commerciale et de services, pourvu qu'elle soit facilement accessible, semble constituer un incitatif à la marche et, par conséquent, concourt positivement à la santé mentale des résidents du quartier. Finalement, selon Cutrona, Wallace et Wesner (2006), une qualité faible du voisinage s'avère être un stressor environnemental très puissant qui concourt à un niveau faible de bien-être mental.

Toutes ces études se rejoignent, enfin, sur l'idée d'une relation entre environnement et santé mentale. Les résultats de ces études, bien que limités à certaines caractéristiques physiques de l'environnement immédiat, sont parlants et nous aident à élucider les variables à prendre en compte lorsqu'on veut étudier la relation environnement-santé mentale. Il s'agit, cependant, dans la plupart des cas, de recherches qui ciblent des couches de population qui ne sont pas touchées par un diagnostic de trouble mental. Dans le cadre de notre recherche, il est nécessaire de cibler les recherches qui se sont intéressées au lien que des personnes souffrant de problèmes mentaux entretiennent avec leur milieu de vie. Le choix de concentrer

cette recherche sur un groupe de population spécifique découle d'un constat bien précis. En effet, comme nous venons de l'illustrer dans les paragraphes précédents, l'impact des facteurs environnementaux sur la santé mentale des personnes est, dans bien de cas, une réalité longuement documentée. Ceci dit, il est pertinent de penser que ces effets soient perçus de façon différente par les individus dépendamment de leur capacité d'adaptation à l'environnement. Il est probable que des personnes souffrant de problèmes mentaux aient, dans certains cas, une sensibilité accrue à certains stressors environnementaux ou à certaines caractéristiques spatiales. En plus, il s'agit souvent d'une couche de population très peu mobile qui a tendance à se déplacer majoritairement à l'intérieur de son quartier. Il est donc essentiel d'approfondir les liens que ce groupe de résidents instaure avec son milieu de vie afin de répondre, en fin de compte, à des objectifs d'équité territoriale (Baton, 2009).

1.2.3.1 Études sur les environs des maisons d'hébergement pour personnes souffrant de problèmes de santé mentale

Afin d'étudier les rapports que les personnes avec un trouble mental entretiennent avec leur environnement immédiat, nous avons choisi de cibler quelques ressources résidentielles en santé mentale qui hébergent ce type de clientèle. À l'heure actuelle, nous ne disposons que de très peu d'études sur ces solutions d'habitation spécialisées en raison de la relative nouveauté du phénomène. En effet, l'installation de ce type de structure résidentielle n'est que le résultat de la mise en œuvre du processus de désinstitutionnalisation amorcé au Québec dans les années 1960. Dans l'objectif de créer des meilleures conditions de vie pour les malades alors hospitalisés, souvent depuis de nombreuses années, dans les asiles psychiatriques, cette nouvelle approche d'intervention prônait la réintégration des patients dans la communauté (Doré, 1987). Pour ce faire, la création de ressources d'hébergement avec différents niveaux de suivi a été mise en place, mais elle dut bien souvent se confronter à des contraintes budgétaires et à des problèmes d'acceptabilité sociale.

La recherche qu'on peut donc retrouver au sujet des structures résidentielles en santé mentale est bien souvent inspirée de ces deux thématiques et peine à mettre en relation le centre d'hébergement avec son milieu d'insertion. Si cela arrive, ces études se concentrent surtout sur les répercussions négatives que la localisation de ces centres dans des quartiers défavorisés peut engendrer auprès de ses résidents (Zippay et Thompson, 2007). Il s'agit donc de mesures de type socio-économique qui ne prennent en considération aucun aspect de l'environnement physique, bien que son lien avec la santé mentale ait été vérifié (Evans, 2003). En plus, dans ce type d'étude, les perceptions des résidents et leur jugement par rapport au milieu de vie ne sont pas pris en compte. Dans certains cas isolés, comme le travail de Bridgman (1999) sur les éléments de design à incorporer dans l'aménagement des centres d'hébergement pour itinérants souffrant de troubles mentaux (Curtis, 2004), le point de vue des résidents est pris en compte, mais l'objet d'étude reste circonscrit à l'espace de vie intérieur. Pour ce qui concerne les études consacrées au milieu d'insertion de la ressource résidentielle, elles sont souvent axées sur l'intégration des résidents dans la communauté d'appartenance, ses modalités, ses résultats et son efficacité (Zippay et Thompson, 2007). Fréquemment, l'intégration des résidents en santé mentale ne se fait pas pleinement et parfois pas du tout, à cause de la stigmatisation et de l'opposition des citoyens à l'installation de ces structures (Pinfold, 2000). Encore une fois, l'attention est portée sur des dimensions autres que spatiales. Finalement ces recherches ne s'aventurent pas le long des trajectoires quotidiennes des résidents et n'analysent pas les facteurs environnementaux susceptibles de jouer un rôle dans le processus même d'intégration à la communauté qui se construit, notamment, sur le territoire, jour après jour.

Souvent, cette intégration est considérée comme un des fondements du rétablissement des patients en santé mentale. Bien que le concept de rétablissement doive être manipulé avec beaucoup de prudence dans le cas des résidences en santé mentale, à cause de la nature chronique de la majorité des troubles mentaux, il reste que des améliorations, ne serait-ce que légères et ciblées, dans l'état de santé des résidents, sont non seulement souhaitables, mais aussi, dans bien de cas, possibles. En plus, il s'avère que l'environnement physique contribue, comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, à ce

processus en tant que déterminant de la santé. Un environnement favorable au rétablissement pourrait donc inclure « characteristics in the built environment that support walking and opportunities for meeting neighbors, socializing, and conducting daily errands without driving » (Satcher et al., 2012).

Certains aspects du processus de socialisation ont été analysés par Pinfold (2000) qui a étudié les réseaux socio-spatiaux des résidents pour en mettre en évidence leur caractère redondant et dépendant des services psychiatriques où ils reçoivent régulièrement des soins. Cependant, encore une fois, il s'agit d'une analyse où les dimensions strictement spatiales ne trouvent pas leur place.

À la lumière des recherches qui ont été menées dans le champ des rapports entre santé mentale et environnement, dont nous avons cité quelques éléments, même si de façon non exhaustive, nous sommes conscients du rôle des facteurs environnementaux en tant que déterminants de la santé. Certaines lacunes concernant les études sur le milieu d'insertion des ressources résidentielles en santé mentale se sont aussi manifestées. Il est donc de notre devoir, ainsi que le but de ce travail de recherche, d'approfondir les connaissances sur les dimensions spatiales propres à l'environnement immédiat des structures résidentielles en santé mentale.

L'objectif de notre recherche s'inscrit dans la volonté d'éclairer la dimension de la maladie en rapport avec l'habitat à travers les perceptions et le vécu des personnes qui demeurent dans une maison d'hébergement et qui présentent un diagnostic de trouble mental. Il nous semble qu'une perspective plus proche de l'individu peut aider à l'avancement de la connaissance dans un sens nouveau, en pénétrant dans un monde inédit grâce aux représentations que les usagers des ressources en santé mentale se font de l'espace urbain, de leur espace vécu.

La nouveauté de notre recherche se situe notamment dans la prise en compte de ce qu'on ne peut pas voir, puisque nous ne souffrons pas d'un trouble mental, et dans la disponibilité à se faire expliquer, guider dans un monde qui nous semble familier par forme, mais qui porte en soi toute autre signification, qui est autrement.

1.3 QUESTION DE RECHERCHE

Dans la présentation de la problématique, nous avons souligné l'importance d'une analyse approfondie de l'environnement immédiat des structures résidentielles en santé mentale. Cet intérêt se justifie à la lumière du rôle que le logement en santé mentale joue dans le quotidien des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, qui dépasse celui de simple résidence spécialisée. Sa localisation, la qualité de l'environnement bâti et de l'environnement social qui l'entoure, en dessinent les contours, tracent les frontières de ce qui est un véritable milieu de vie avec ses propres dynamiques.

Il n'est donc pas anodin de s'interroger sur les relations que la ressource résidentielle en santé mentale entretient avec les éléments territoriaux qui composent son environnement immédiat. Il n'existe pas, cependant, une façon univoque d'appréhender ces éléments puisque plusieurs formes d'utilisation et d'appropriation de l'espace existent. Quant à l'appropriation de l'espace, Fischer (2011) la définira comme : « un processus psychologique fondamental d'action et d'intervention sur un espace pour le transformer et le personnaliser ; ce système d'emprise sur les lieux englobe les formes et types d'intervention sur l'espace qui se traduisent en relations de possession et d'attachement. » (p. 93-94). Il s'agit donc d'une construction perpétuelle, personnelle et collective en même temps, faite d'échanges avec l'environnement, d'adaptation et de transformation de soi-même, comme de l'espace. Dans ce mouvement itératif qui prend place au quotidien, les éléments urbains peuvent encourager le bien-être des usagers, mais également lui porter atteinte.

Comme nous l'avons précisé dans notre recension des écrits, plusieurs dimensions environnementales, physico-spaciales ou sociales, sont suggérées par la littérature comme étant centrales dans l'appropriation de l'espace et pour le bien-être de la population. Cependant, nous allons adopter le point de vue, non pas de la population générale, comme la littérature le fait en grande partie, mais celui des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Notre recherche va donc s'intéresser aux pratiques de l'espace des résidents en santé mentale afin d'identifier les éléments susceptibles de jouer un rôle, positif ou négatif, sur leur gestion du quotidien et, enfin, sur leur bien-être. Pour ce faire, nous allons résumer notre questionnement de recherche selon la formulation suivante :

Quels rapports les usagers des maisons d'hébergement en santé mentale instaurent-ils avec leur milieu de vie et leur quartier ?

Le lien personne-environnement se trouve donc ici approfondi sous le prisme de la santé mentale avec l'objectif primaire d'appréhender les dynamiques entre les résidents de ces maisons d'hébergement et les différents composants de leur environnement immédiat et de leur quartier.

L'identification de ces éléments et de leurs mécanismes d'action dans le quotidien des résidents en santé mentale pourrait nous permettre, premièrement, de reconnaître des patterns d'appropriation de l'espace propres à cette catégorie de résidents et, deuxièmement, de les traduire dans un référentiel opérationnel pour le choix des sites d'implantation des futures structures spécialisées en santé mentale.

1.4 CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Dans la présente section, nous allons présenter la trame théorico-conceptuelle qui a guidé notre analyse. Trois théories principales composent le cadre théorique de notre travail, tandis que trois concepts en constituent le cadre conceptuel. Dans les prochaines lignes, les principes fondateurs de telles théories seront explicités et la définition des concepts principaux utilisés tout au long de notre étude sera présentée, dans le but d'assurer l'intelligibilité et la cohérence de notre étude.

1.4.1 APPROCHES THÉORIQUES

Notre réflexion sur les perceptions que les résidents des maisons d'hébergement en santé mentale ont de leur environnement immédiat et l'utilisation qu'ils font de cet espace, demande un outil de travail théorique compréhensif. L'environnement immédiat est, en effet, composé de différentes dimensions qui relèvent de la sphère physico-spatiale, mais aussi de la sphère sociale et, finalement, de la sphère interpersonnelle. Notre but étant d'investiguer le lien personne-environnement dans toute sa complexité, nous avons choisi de traiter nos résultats sous le prisme de la théorie socio-écologique qui démontre un potentiel analytique très efficace dans le cas des systèmes complexes. Le caractère multidimensionnel du système « environnement immédiat » à l'étude nous a non seulement demandé un effort sur le plan descriptif de chacun de ses éléments, mais nous a aussi interpellés sur leurs dynamiques, sur la synergie que ces derniers créent et sur ses effets auprès des résidents. Afin de pouvoir analyser les interrelations parmi les différents éléments de l'environnement immédiat à l'étude, nous avons adopté une approche systémique capable d'appréhender l'espace comme un ensemble de composants interconnectés (Harpet, 2015). La compréhension de notre objet d'étude dans ses dimensions diverses et dans son fonctionnement est la phase préalable qui pourra nous permettre d'avancer quelques critères opérationnels inspirés des principes de l'urbanisme favorable à la santé.

1.4.1.1 La théorie socio-écologique et sa portée interprétative

L'expérience de l'environnement immédiat que chaque personne aux prises avec un problème de santé mentale vit au quotidien est loin d'être explicable de façon linéaire. L'environnement étant lui-même un objet complexe, composé de différents éléments propres à la sphère physico-spatiale, mais aussi aux sphères sociale et interpersonnelle, son analyse requiert un cadre théorique apte à prendre en

compte toutes ses spécificités. L'approche socio-écologique s'est avérée l'outil le plus adapté aux fins de notre recherche puisqu'il nous permet d'appréhender la complexité de notre objet d'étude de façon systématique. Selon Kloos et Shah (2009), toute recherche qui adopte une perspective socio-écologique dans l'analyse des déterminants de la santé, doit prendre en compte six principes fondamentaux. Ces auteurs, en adaptant les six critères déjà proposés par Moos (1976), résument ces six aspects dans le tableau en figure 1.

1. Includes both physical and social environments and examines their interaction
2. Focuses on the perspective of the individual's experience of the environment
3. Emphasizes human adjustment, human growth, and promotion of adaptive functioning
4. Looks for environmental impact on adjustment, adaptation, & coping
5. Considers different conceptualizations of how environments can affect functioning
Active stressor
Limiting force
Social selection
Releaser of capacities
Active positive force
6. Has an explicit value orientation as well as being an approach to science
Apply knowledge to improve practical situation of persons involved
Organize environments to maximize person's functioning
Increase the control that people have over their environments
Challenge policy makers and planners to improve environments

Adapted from Moos (1976)

Figure 1. Les six principes socio-écologiques pour la recherche en santé (Kloos et Shah, 2009, p. 318)

Si le premier critère a trouvé toute son expression dans l'objet même de notre recherche, le deuxième principe a guidé sans doute notre choix méthodologique. En effet, notre questionnement de recherche concernant le rapport entre les résidents en santé mentale et leur environnement immédiat, la complexité de celui-ci, à la fois physique et social, ainsi que les interrelations parmi ses dimensions, sont explorées

dans notre analyse, comme le premier principe le souhaite. Quant à notre dispositif méthodologique, la participation des résidents à toutes les phases de collecte de données, a été conçue afin de pouvoir appréhender l'espace, ses spécificités, son utilisation et son appropriation, du point de vue de ses usagers, et plus spécifiquement des résidents des maisons d'hébergement en santé mentale, en ligne avec les propos du deuxième principe. Le troisième principe met l'accent sur les capacités des personnes d'adapter leur espace, de se l'approprier. Il souligne donc encore plus l'importance de prendre en compte les interrelations parmi tous les éléments de l'environnement et ses usagers, ce que nous réalisons à travers l'exploration des trajectoires des résidents dans l'espace et de leurs modalités d'adaptation à celui-ci. En ligne avec le quatrième principe, nous nous occupons également de l'impact des différents composants de l'environnement immédiat sur les résidents des maisons d'hébergement en santé mentale. Loin de vouloir adopter une perspective déterministe, nous essayons tout de même d'identifier ces composants susceptibles d'encourager ou de gêner l'épanouissement de ces usagers dans leur quotidien. La réflexion que nous proposons sur ces facteurs environnementaux n'a pas pour but, cependant, de les séparer dans deux catégories fermées telles que 'facteurs promoteurs' et 'facteurs inhibiteurs'. Il s'agit plutôt de les considérer selon un continuum positif-négatif (Kloos et Shah, 2009), et de réaliser qu'ils peuvent assumer des rôles différents, complexes et nuancés, exactement dans le sens suggéré par le cinquième principe. Finalement, nous situons les objectifs de notre recherche dans le même sens des propos formulés dans le sixième et dernier principe. En effet, notre choix d'explorer les pratiques socio-spatiales des résidents en santé mentale a toujours répondu à une volonté indéniable d'amélioration constante des conditions de vie de ces derniers. Par cela, nous n'entendons aucunement avancer l'hypothèse que ces résidents vivent dans des mauvaises conditions. Nous essayons plutôt de réfléchir sur les marges potentielles d'amélioration de l'environnement immédiat, en supposant que certains des facteurs environnementaux à l'étude puissent encourager le bien-être des résidents en santé mentale. Donc, comme le dit Moos (1974): « it is not simply an approach for science. It is also a humanistic approach by which to benefit mankind (sic) » (p. 31). (Kloos et Shah, 2009, p. 319) À travers l'analyse

des six principes de l'approche socio-écologique proposés par Moos (1974) et repris par Kloos et Shah (2009), nous avons souligné la pertinence de notre choix d'adopter cette perspective en tant que cadre théorique pour notre recherche. Non seulement elle s'avère un outil d'analyse compréhensif, mais elle encourage aussi une posture méthodologique participative, tout en considérant des finalités qui vont au-delà des propos purement spéculatifs pour s'attarder à une réflexion sur les critères opérationnels. Pour toutes ces raisons, l'approche socio-écologique accompagnera et façonnera notre travail de recherche à tout moment, mais sera complétée par les contributions d'autres théories qui composent notre cadre théorique et que nous allons présenter dans les sections suivantes.

1.4.1.2 L'analyse systémique pour une lecture de l'espace comme ensemble de composants interconnectés

Afin de pouvoir comprendre les éléments qui ont guidé notre lecture des données dans une perspective systémique, nous devons d'abord définir le concept de système. Le Gallou (1993) le décrit comme : « un ensemble, formant une unité cohérente et autonome, d'objets réels ou conceptuels (éléments matériels, individus, actions, etc.) organisés en fonction d'un but (ou d'un ensemble de buts, objectifs, finalités, projets, etc.) au moyen d'un jeu de relations (interrelations mutuelles, interactions dynamiques, etc.), le tout immergé dans un environnement (Aubert-Lotarski, 2010, p. 2). » Considérée comme « mouvement théorique et méthodologique tournant autour du concept de système » (« Les fondements théoriques de l'approche systémique », s.d., p. 1), l'approche systémique se pose, à partir des années 1960, comme réponse à ce que Atlan (1979) définit la « complexification du monde » (Cambien, 2008). Le dialogue entre différentes disciplines et la large diffusion d'idées ont contribué à une prise de conscience de la complexité croissante du monde et encouragé un changement épistémologique dans le sens systémique. Parmi les caractéristiques essentielles desquelles l'approche

systémique s'inspire, l'holisme, l'ouverture et l'évolution sont celles qui représentent les fondements de toute démarche analytique d'un système complexe, y compris l'étude de l'espace public. Si, en effet, on considère que « l'espace public est avant tout un territoire » (CNT, 2005), et que « le territoire est souvent abstrait, idéal, vécu et ressenti plus que visuellement repéré » (Di Méo 1998), la complexité de l'espace public ne peut qu'en justifier une analyse de type systémique. Plus précisément, nous allons étudier le territoire, et l'appropriation qui en est faite par les résidents en santé mentale, comme entité complexe composée de différents éléments, tout en tenant compte que leur somme ne représente pas le tout. L'interaction entre les parties et les différents niveaux et règles d'organisation font du territoire un amalgame de différentes dynamiques internes au système. Le lien personne-environnement prend place dans ce système et il se nourrit de tous ses éléments qui nécessitent donc une analyse systémique. Tous les éléments qui constituent le système complexe sont non seulement en relation entre eux, mais interagissent aussi avec l'environnement qui les entoure, ce qui donne lieu à un système ouvert. L'environnement ou les environnements dans lesquels ce système est placé contribuent à le façonner et conditionnent ses éléments et leur dynamique. C'est la raison pour laquelle il est important d'étudier le système sous une loupe géographique multi-scalaire. Notre utilisation multi-échelle du concept de quartier rentre pleinement dans cette optique et nous permet d'appréhender l'utilisation et l'appropriation de l'espace, faites par les résidents, sous différents angles de vue. Finalement, des considérations sur les aspects temporels du système sont obligatoires, même si notre travail ne se penchera pas sur les changements du système dans le temps. L'évolution est une caractéristique inextricable de tout système complexe et, d'autant plus, d'un territoire. Cet aspect est présent, à quelques reprises, dans les récits de nos participants qui parlent de leurs moyens d'adaptation à leur milieu de vie. Il s'agit pour nous d'un signal clair de conditionnement réciproque personne-environnement et d'évolutivité du système. Aux fins de notre recherche, l'attention sera portée aux dimensions du système et à leurs interrelations selon le schéma de Le Moigne (1990), que nous présentons en figure 2.

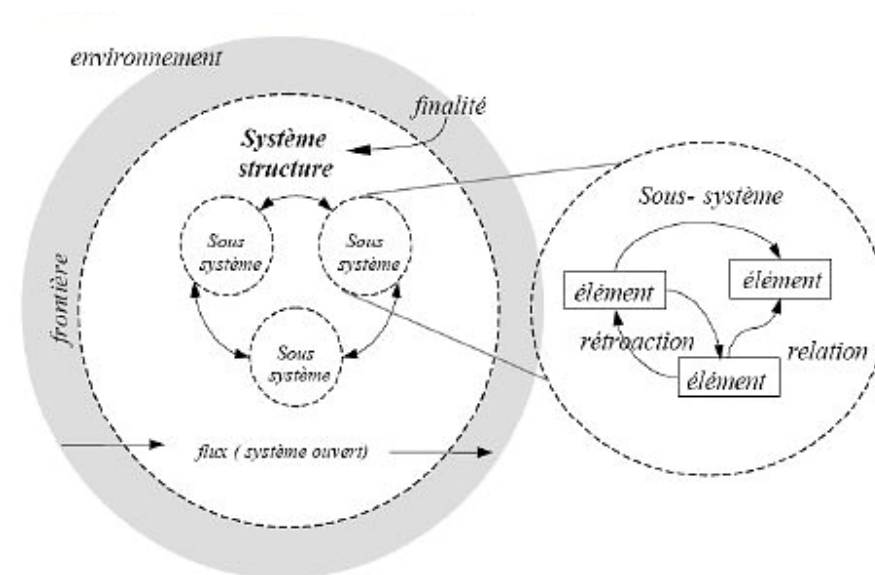


Figure 2. Le modèle systémique. Le Moigne, 1990.

1.4.1.3 L'urbanisme favorable à la santé

L'intérêt de l'urbanisme favorable à la santé aux fins de notre recherche s'explique à la lumière de notre volonté d'opérationnaliser les résultats de notre étude sous forme de critères. Si, en effet, l'urbanisme a toujours montré un lien très étroit avec la santé, ce n'est que dans les dernières décennies qu'il assume enfin le rôle d'outil technique pour encourager la santé de la population. Le concept d'urbanisme favorable à la santé a surgi dans les années 2000 et sa définition apparaît dans les travaux de Barton et Tsourou (2000) qui le définissent comme : « un type d'urbanisme favorable à la santé implique des aménagements qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du développement durable. Il porte également les valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation, valeurs clés de la politique de l'OMS « la santé pour tous ». » (Roué-Legall et al., 2014) Le potentiel opérationnel de l'urbanisme est explicité à l'intérieur même de sa définition, mais ces objectifs, c'est-à-dire la santé et le bien-être des populations, méritent

d'être approfondis. Le concept de santé utilisé dans la définition ci-haut est « un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1946) L'approche globale à la santé qui y est proposée permet de prendre en compte la multiplicité de facteurs qui contribuent, de façon positive ou négative, à l'état de santé des populations. Ces facteurs, dénommés déterminants de la santé à partir des années 1970, se distinguent en quatre catégories différentes : environnementale, sociale, économique et individuelle. Chaque catégorie présente un ensemble varié d'éléments susceptibles de jouer un rôle sur la santé. Tous ces déterminants ont trouvé leur place dans le cadre d'analyse proposé par Barton et Grant (2006) qui ont su nous en donner une lecture d'ensemble « au prisme de l'aménagement du territoire. » (Roué-Legall, 2014) Dans la figure qui suit, nous présentons ce référentiel pour en discuter ensuite la portée.

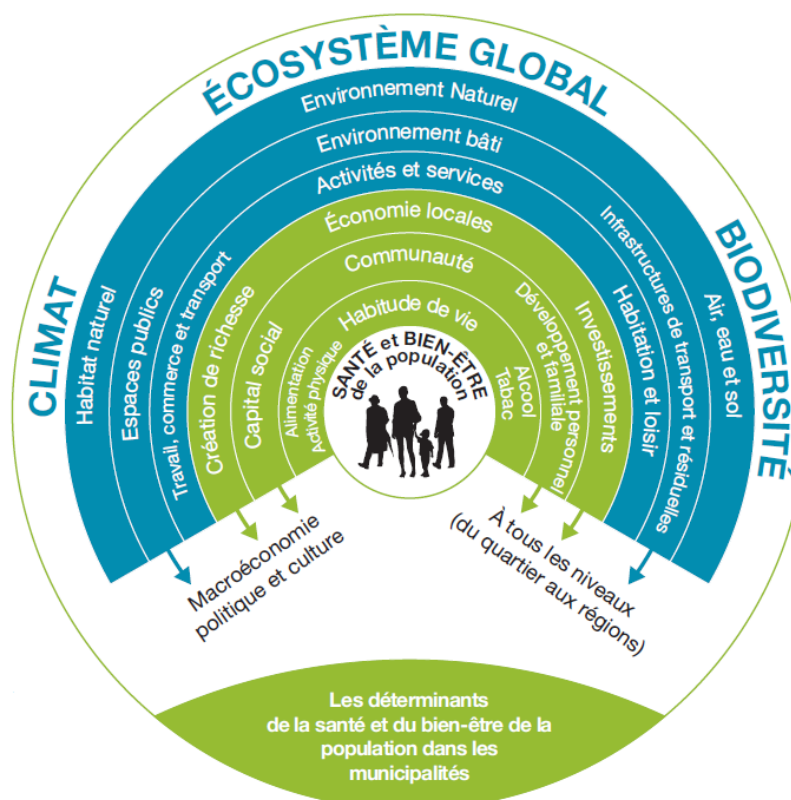


Figure 3. Représentation graphique des déterminants de la santé à travers le prisme de l'aménagement de nos territoires (adaptée de Barton 2006 par Tremblay, 2012) dans Roué-Legall et al., 2014, p. 28.

L'identification de l'ensemble des déterminants de la santé dans ce cadre d'analyse suggère l'existence de différents niveaux d'action sur le territoire. Notre étude se positionne pleinement sous le spectre de ce référentiel pour deux ordres de raisons. D'un côté, elle prend en compte une grande partie, sinon tous, les éléments qui composent ce cadre, selon les différentes échelles d'analyse (environnement naturel, bâti, etc.) ; de l'autre côté, elle avance également quelques recommandations finales, en incarnant ainsi l'esprit opérationnel du concept même d'urbanisme favorable à la santé. Il s'agit bien sûr d'une santé qui englobe des aspects relatifs à la santé mentale, concept que nous allons expliciter dans la prochaine section.

À travers notre recherche, nous entendons donc approfondir, du point de vue des résidents en santé mentale, ces déterminants qui sont susceptibles d'avoir un impact sur leur quotidien pour proposer ensuite des critères opérationnels pour le choix des futurs sites d'implantation des maisons d'hébergement. Ce sont donc des déterminants plus spécifiquement liés à la santé mentale, mais d'une seule catégorie de personnes souffrant de troubles mentaux. Il reste que l'objet d'étude et les propos programmatiques de notre étude rencontrent parfaitement le référentiel propre à l'urbanisme favorable à la santé, en plus de s'en inspirer.

1.4.2 DÉFINITIONS DES CONCEPTS

Trois concepts principaux méritent d'être approfondis avant de présenter les résultats de notre enquête et de les discuter. Nous allons donc, dans les trois sections qui suivent, traiter les spécificités de chacun des trois concepts centraux autour desquels se construira notre dissertation. Le concept de *santé mentale suffisamment bonne* sera d'abord introduit et nous aidera à mieux situer l'intérêt de notre recherche par rapport au continuum santé mentale-maladie mentale. Nous allons ensuite nous concentrer sur l'objet central de notre réflexion, c'est-à-dire *la maison d'hébergement*, pour pouvoir spécifier les

caractéristiques de cette structure résidentielle, surtout par rapport à d'autres ressources spécialisées en santé mentale. Finalement, la troisième section sera dédiée à l'approfondissement du concept de *quartier*, lui aussi fondamental dans notre approche à la santé mentale, et nous permettra de mieux définir l'étendue du domaine spatial à l'étude dans notre recherche.

1.4.2.1 Le concept de « santé mentale suffisamment bonne »

Avertis de l'influence des facteurs environnementaux sur les modes d'appropriation de l'espace de chacun, nous voulons approfondir les perceptions et l'utilisation de l'espace d'une catégorie précise de personnes : les résidents des structures résidentielles en santé mentale. Avant de nous y intéresser, il est important d'avancer quelques précisions sur le concept même de santé mentale, concept qui nous accompagnera d'ailleurs tout au long de cette dissertation. Quoiqu'une réflexion sur la santé mentale ne puisse pas se faire sans prendre en considération les troubles mentaux en tant que tels, ces derniers ne constitueront pas notre centre d'intérêt majeur. Il nous suffira de savoir que les troubles mentaux se déclinent généralement en troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité et troubles de l'alimentation et que les participants à notre enquête ont reçu un diagnostic pour un ou plusieurs de ces troubles (Fleury et Grenier, 2012). Il ne s'agit pas, cependant, de cas isolés si on se fie aux statistiques de l'association canadienne pour la santé mentale qui veut que 20 % de la population du Canada soit touchée par la maladie mentale au cours de sa vie. Ce bref aperçu nous aide à prendre conscience de l'ampleur du phénomène concernant les troubles mentaux, mais ne constitue qu'une des facettes du concept de santé mentale qui « est plus que l'absence de troubles mentaux. » (OMS, 2016) Dans la définition de l'OMS, la santé mentale est cet « état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie,

d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté⁷ ». Il est clair qu'une telle définition se fait déjà porteuse d'une vision plus compréhensive de la personne, qu'elle soit aux prises avec un trouble mental ou pas. Elle introduit notamment des dimensions diverses susceptibles d'avoir une influence sur le bien-être individuel. Ces dimensions, aussi connues sous le nom de déterminants de la santé mentale, « comprennent non seulement des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux. » (OMS, 2013) À ce propos, nous situons notre recherche au confluent des facteurs environnementaux et sociaux, dans le but de déceler les dynamiques qui prennent place au quotidien parmi les résidents en santé mentale et leur milieu de vie. Pour ce faire, nous adoptons un énoncé encore plus précis de santé mentale suggérée par Furtos (2007), qui parle de santé mentale suffisamment bonne en donnant la définition suivante : « Une santé mentale *suffisamment bonne*, peut être définie comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives. » L'avantage de cette définition aux fins de notre recherche est qu'elle met l'accent sur l'environnement et sur les échanges que la personne est censée avoir avec celui-ci. La relation qu'elle entretient avec son milieu de vie est vivante, évolutive, personnelle et en même temps se construit collectivement, dans la communauté. Le concept de santé mentale suffisamment bonne que nous avons choisi d'adopter dans notre étude nous permet de prendre en compte tous les éléments qui le composent et de se référer également à un plus large spectre d'analyse des interrelations personne-environnement.

⁷ <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>

1.4.2.2 *La maison d'hébergement*

Dans cette section nous allons explorer l'offre de logement pour les personnes souffrant d'un trouble mental afin de pouvoir mieux situer notre contexte d'étude par rapport à l'ensemble des ressources spécialisées. Une prémisse fondamentale concerne notre choix de nous intéresser aux solutions de logement en santé mentale plutôt qu'aux milieux de soin intensif tels que les hôpitaux psychiatriques. Ce choix se justifie, d'un côté, parce que le logement en ressource résidentielle est une solution beaucoup plus fréquente (1 % des Québécois sont logés dans une structure résidentielle en santé mentale) que l'hospitalisation de longue durée en unité psychiatrique (0,015 % des Québécois) (Lesage, 2010 dans Felx, 2013). De l'autre côté, leur localisation dans la communauté et leur objectif de soutien à la réinsertion en font le contexte idéal pour l'étude des liens personne-environnement du point de vue des résidents de ces ressources. Comme Felx (2013), reprenant Côté (2002), nous l'explique bien : « Au Québec, il est possible de distinguer quatre grands secteurs de logement pour les personnes avec un trouble mental, soit *a*) les ressources résidentielles sous la responsabilité d'un établissement désigné qui regroupent les ressources non institutionnelles et les ressources d'établissement, *b*) les organismes communautaires d'hébergement incluant des organismes à but non lucratif (OBNL), *c*) le « logement social et communautaire » et *d*) les habitations privées à but lucratif. » Ces catégories, et leurs sous-catégories peuvent enfin être distinctes selon leur affiliation à un établissement public, comme le tableau 1 nous le montre.

Ressources résidentielles en entente avec un établissement gestionnaire (IUSMD, IUSMM)		Ressources résidentielles non rattachées à un établissement gestionnaire
Ressources Intermédiaires (RI) • Appartements supervisés • Maisons de chambre • Maisons d’accueil • Résidences de groupe	Ressources non institutionnelles (RNI)	Ressources gérées par des organismes communautaires (OBNL)
Ressources de type familial (RTF)		Ressources gérées par le réseau privé
Ressources Autres (RA)		Logements sociaux avec soutien communautaire
Ressources Établissement (RE)		
Total nombre de places à Montréal (mai 2014)		
3024		N/A
Total nombre d’installation à Montréal (mai 2014)		
303		N/A

Tableau 1 Types de ressources et offre résidentielle en santé mentale, Source des données AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL - Plan de transformation régional 2013-2018)

Aux fins de notre recherche, nous nous sommes intéressés à la catégorie des ressources non institutionnelles (RNI) et, plus spécifiquement, aux ressources intermédiaires en santé mentale dans la figure de la résidence de groupe. Tout au long de notre dissertation, nous allons nous référer à ce type

d'organisation résidentielle en tant que maison d'hébergement ou structure résidentielle, ou encore ressource résidentielle en santé mentale. L'accessibilité pour des fins de recherche s'avère en effet plus facile dans le cas de structures rattachées à un établissement public, puisqu'elles se prévalent d'un système de gestion large et plus perméable. En plus, les contacts avec les responsables des maisons d'accueil ont pu bénéficier de l'entremise de l'Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec (ARIHQ), ce qui a évidemment encouragé notre choix de contexte d'étude en faveur de ces maisons. Finalement, dans la mesure où le 71% des personnes en RI sont logées en résidence de groupe, celle-ci nous a paru tout de suite un terrain d'enquête plus qu'adéquat. Une autre précision importante concerne le niveau d'encadrement que ces ressources offrent à leurs bénéficiaires dont nous pouvons retrouver les spécificités dans le tableau 2 ci-dessous.

Code 30	Encadrement intensif à durée limitée: Offre des activités de soins, de traitement, de réadaptation et d'encadrement intensif [...] Les services professionnels ou spécialisés sont organisés sur une base continue 24 heures par jour (p. ex. organisme communautaire d'hébergement, ressource intermédiaire, ressource d'établissement).
Code 31	Soutien léger/modéré à durée illimitée: Essentiellement des ressources intermédiaires et des ressources de type familial mandatées afin d'offrir aux personnes hébergées des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles du milieu naturel.
Code 32	Soutien au logement: Offre des activités de soutien continu ou de supervision en appartement autonome ou en appartement supervisé.

Tableau 2 Offre de services résidentiels selon le niveau de services, (Felix, 2013. p. 35)

Dans le cas des ressources intermédiaires auxquelles nous nous intéressons, c'est-à-dire les résidences de groupe, le niveau d'encadrement peut se définir léger/modéré et rencontre donc toutes les caractéristiques du Code 31. Ce qui différencie la résidence de groupe des autres typologies de ressource intermédiaire est le fait que le ou les responsables ne résident pas in loco et que les services d'assistance sont assurés par une équipe. En plus des services de base de type alimentaire, ménager et de surveillance

nocturne, la ressource assiste l'usager dans son cheminement de réinsertion à travers un soutien à l'apprentissage et en l'encourageant à accomplir des nouvelles tâches favorables à son épanouissement (MSSS, 2014). La localisation de ces ressources en milieu communautaire et leur niveau d'encadrement modéré font de ces structures le milieu idéal pour approfondir le lien de leurs résidents avec l'environnement qui les entourent. Finalement, la durée des séjours en résidence de groupe étant généralement illimitée, nos participants habitent leurs quartiers respectifs depuis au minimum quelques années jusqu'à 20 ans. Une si longue présence dans le même quartier ne peut qu'encourager l'appropriation de cet espace de la part des résidents, en vertu de son utilisation. Notre réflexion sur le rapport que les résidents entretiennent avec leur milieu de vie bénéficie ainsi de l'avantage de sa construction dans le temps, de son évolution, grâce au choix d'un contexte d'étude tel que la résidence intermédiaire en santé mentale de type résidence de groupe.

1.4.2.3 Le quartier comme terrain d'étude : définition et fonctionnement

Le choix de l'échelle géographique d'analyse est fondamental aux fins de toute recherche sur le lien personne-environnement, puisqu'elle doit permettre de « définir l'espace géographique qui caractérise le mieux l'environnement de résidence réel des individus. » (ORS et SESSTIM, 2013, p. 6) Dans notre étude, la dimension spatiale que nous souhaitons prendre en compte ne relève pas d'un découpage administratif, tel un secteur de recensement. La nature même de nos données qualitatives fines nous impose de tenir compte de la multi-dimensionnalité et de la complexité de l'environnement considéré, qu'aucune délimitation artificielle ne pourrait contenir. En effet, l'intérêt que nous portons à l'utilisation de l'espace de la part des résidents des ressources résidentielles en santé mentale ne se fixe pas sur une échelle géographique prédéterminée, mais il suit plutôt les trajectoires personnelles des résidents interviewés. Leur mobilité étant, en général, très limitée, il s'agit souvent de parcours localisés

dans l'environnement immédiat par rapport au lieu de résidence. Cependant, il nous paraît réducteur de vouloir construire une zone buffer⁸ en termes de surface pour délimiter notre terrain d'étude. Nous préférons par contre avoir recours à « des espaces continus autour de la résidence » (ORS et SESSTIM, 2013, p. 7), pour être en mesure d'analyser les caractéristiques de la zone de résidence, mais aussi d'un contexte plus large (Morenoff, 2003 dans ORS et SESSTIM, 2013). Dans ce sens, nous allons adopter ce que Chaix et al. (2009) définissent des « environnements de résidences égocentrés », représentant « des aires d'exposition locales centrées sur la résidence de chacun des individus étudiés (« moving-window areas »). » (ORS et SESSTIM, 2013, p. 7). Ces environnements, construits à partir des perceptions des résidents en santé mentale interviewés, s'avèrent un outil précieux lorsqu'on veut appréhender l'appropriation de l'espace par ces résidents. En dépit du fait que le point d'origine de la zone à l'étude soit commun à tous les participants demeurant dans la même structure, la forme et l'étendue de l'environnement de résidence de chaque résident peut varier sensiblement selon son utilisation de l'espace. Il n'est pas pertinent, dans le cadre de notre recherche, de nous intéresser à la morphologie de ces secteurs d'appropriation de l'espace puisque nous nous intéressons au contenu du lien personne-environnement qui investit ces secteurs. Il est cependant essentiel de prendre conscience de la diversité de ces zones, bâties à partir des trajectoires personnelles des participants et non pas de limites strictement administratives ou géographiques. Il reste que chacun de ces secteurs est localisé et prend son origine dans un quartier bien précis, situé dans un des deux arrondissements choisis, situés sur l'Île de Montréal, et dont nous préférons taire les noms pour des raisons de confidentialité. Or, dans notre dissertation le concept de quartier sera utilisé pour nous référer à l'environnement de résidence construit comme ensemble des « aires d'influences » relatives aux différentes ressources et services que les résidents s'approprient. Il ne s'agit donc pas d'une entité spatiale prédéfinie, mais plutôt du milieu de vie de ces derniers, qui s'approprient de l'espace à travers différentes dimensions. Parmi celles-ci, nous

⁸ Une zone buffer est, en langage géomatique, une aire construite artificiellement autour d'un objet identifié sur une carte, sur la base de la distance géographique ou du temps de durée du trajet.

considérons des dimensions relatives à la desserte alimentaire, au transport en commun, aux interactions sociales avec la communauté, aux espaces verts et à l'aménagement urbain. Tous ces aspects aideront chacun des participants à décrire ses propres aires d'influence sur le territoire, sans devoir tenir compte d'un découpage administratif artificiel. Quant à l'environnement immédiat, ou de proximité, il nous aidera à définir les secteurs avoisinants la structure résidentielle où le participant demeure. Il ne s'agit pas, encore une fois, d'une zone buffer mesurable, mais elle nous permet de faire une distinction de fond parmi le quartier, plus large, et l'environnement immédiat, à proximité, en termes d'accessibilité aux services et aux infrastructures urbains. Dans ce sens, l'environnement immédiat de chaque résidence inclut tous ces éléments urbains (services, équipements, etc.) qui se situent à une distance de marche à partir de la structure résidentielle. Cette distinction, qui se rendra évidente au fur et à mesure de l'avancement de notre dissertation, introduit une première référence spatiale, sans pour autant rendre le concept d'environnement trop rigide. Cette approche souple aux catégories spatiales s'avère particulièrement importante dans le cadre de notre recherche dont l'intérêt se situe au carrefour des sphères physico-spatiale et psycho-sociale qui investissent le territoire. L'espace vécu peut ainsi trouver sa pleine expression dans des formes inédites d'appropriation et investir l'espace connu de nouvelles logiques d'adaptation qui constituent l'essence du lien résidents-environnement ici à l'étude.

2 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'exploration du rapport que les personnes souffrant d'un trouble mental entretiennent avec leur environnement immédiat, nécessite la prise en compte de leur regard et de toute la richesse de leur discours sur le milieu de vie qu'elles occupent et qu'elles s'approprient. Le choix d'une approche qualitative dans la réalisation de notre recherche se justifie donc à la lumière de son potentiel interprétatif à large spectre et à sa « visée compréhensive. Cette dernière se caractérise par deux choses: elle cherche à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent, et elle le fait en rapport avec un contexte ou une situation. » (Dumez, 2011). Notre volonté de réflexion sur l'expérience de l'espace vécu par des usagers souffrant d'un trouble mental, demande donc l'adoption d'un dispositif méthodologique capable de traiter des données de nature complexe, dense, ce qui est le cas de la démarche qualitative.

Il importe ici de souligner que, malgré la disqualification subie par de nombreux usagers en santé mentale taxés d'irrationnels (Deutsch, 2017), la position de certains chercheurs quant à la fiabilité et à la finesse de leurs observations (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011) prône une légitimation des personnes souffrant de troubles mentaux dans le rôle de participants à la recherche scientifique. Conformément à cette posture, nous avons donc procédé à la construction de notre échantillon selon les considérations qui seront présentées dans le paragraphe qui suit.

2.1 LA CONSTRUCTION DE L'ÉCHANTILLON

Deux passages obligés attendent le chercheur lors de la phase de choix de son échantillon : une opération de sélection et l'échantillonnage (LeCompte et Preissle (1993) dans Savoie-Zajc, 2006).

Le moment de la sélection demande au chercheur de cibler son objet d'étude, tout en prenant en compte des considérations d'ordre logistique, matériel et pratique. Dans le cas de cette recherche, nous avons ciblé une population de personnes souffrant de trouble psychique et résidant dans une ressource résidentielle spécialisée en santé mentale. L'objectif de l'étude étant une réflexion sur la perception et l'utilisation de l'environnement immédiat par les usagers des susdites ressources résidentielles, deux critères exclusifs ont été sélectionnés pour construire notre échantillon :

1. Avoir reçu un diagnostic de trouble mental ;
2. Être résidant d'une structure résidentielle en santé mentale du territoire montréalais.

Une fois établies les conditions de sélection de l'échantillon, nous avons pu amorcer la phase d'échantillonnage. Selon Schwandt (1997) « il y a deux types de décisions à prendre dans le processus d'échantillonnage : choisir un site et ensuite échantillonner à l'intérieur de ce site en fonction des considérations avancées précédemment » (Savoie-Zajc, 2006).

Le choix du site a été guidé non tant par des considérations d'ordre géographique, sauf pour la nécessité purement logistique de localisation en territoire montréalais, mais plutôt par la volonté de rejoindre les individus appartenant à la population cible, des personnes souffrant de troubles mentaux, et d'obtenir un échantillon suffisant. L'échantillonnage dans notre cas s'est donc fait par cas unique sous forme d'échantillon de milieu, étant donné que notre univers de travail est constitué de la ressource résidentielle spécialisée en santé mentale (Pirès, 1997)

L'échantillon non probabiliste choisi ne se veut pas représentatif de la population générale en santé mentale demeurant en ressource quant à l'âge, le sexe ou le revenu.

Tous les participants, répondant positivement au critère préliminaire d'aptitude à comprendre les objectifs de la recherche et à consentir à leur propre participation, sont majeurs.

2.2 LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT

L'émission du certificat d'approbation de projet par le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, a inauguré la phase de recrutement (Annexe 1).

La première prise de contact avec les organismes sur le terrain s'est faite par l'entremise de l'Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec. Il s'agit d'une association professionnelle regroupant les ressources intermédiaires d'hébergement dans le but de leur offrir une représentation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans leur travail d'accompagnement, de soutien et de formation des membres, cette association vise l'épanouissement des bénéficiaires et le fonctionnement harmonieux des structures résidentielles.⁹

Pendant la première réunion avec la directrice du service aux membres et des communications de l'époque, nous avons discuté des critères de sélection des ressources intermédiaires potentielles où mener notre recherche. À l'aide d'une base de données de toutes les structures intermédiaires, elle a pu cibler quelques candidates qu'elle a ensuite contactées par téléphone. Une copie du projet de recherche a été transmise par courriel aux responsables des structures contactées. Les ressources qui ont accepté d'ouvrir leurs portes à notre recherche ont été par la suite contactées par la chercheure. Les responsables de deux d'entre elles ont été rencontrés en réunion privée avant de rencontrer les résidents afin de discuter du projet et du profil de participant recherché. Dans les autres cas, la rencontre avec les résidents s'est déroulée dès le premier déplacement à la résidence d'accueil. Une réunion informative a eu lieu dans chaque structure en présence de tous les résidents ou d'un groupe de résidents sélectionné par le responsable selon le critère, cité plus haut, de capacité de compréhension des propos de la recherche. Lors de ce premier contact avec les résidents, les objectifs de la recherche, ainsi que les moyens de collecte de données ont été énoncés et expliqués. Des copies du projet de recherche et du formulaire de

⁹ www.arihq.com

consentement (Annexe 2) ont été distribuées aux résidents présents pour qu'ils puissent prendre connaissance de leur contenu. Les résidents qui désiraient participer à la recherche ont pu prendre rendez-vous directement avec la chercheuse pour une entrevue qui aurait lieu chez eux, dans les semaines suivant cette première rencontre. Les participants ont eu la consigne de lire attentivement le formulaire de consentement et d'attendre le jour de début de la collecte des données pour le signer en présence de la chercheuse, afin qu'elle puisse répondre à d'éventuelles questions et s'assurer de leur consentement libre et éclairé.

Quatorze résidents distribués en 4 différentes structures résidentielles en santé mentale ont accepté de s'engager en tant que participants dans notre recherche. Ils sont âgés entre 34 et 66 ans, ont été psychiatrisés et présentent tous une symptomatologie compatible avec des états dépressifs majeurs, dans la plupart des cas en rémission. Quelques informations personnelles supplémentaires ont été recueillies pendant les entrevues individuelles et peuvent être résumées dans le tableau 3.

ID #	Groupe d'âge	Sexe	Première Langue	Année dans la résidence
A1	55-64	F	Français	12
A2	55-64	F	Français	18
A3	45-54	F	Français	20
A4	55-64	H	Français	16
B1	55-64	H	Français	3
B2	55-64	H	Français	6
B3	55-64	H	Français	8
B4	45-54	H	Français	8

C1	45-54	F	Français	5
C2	25-34	F	Français	5
C3	25-34	H	Français	3
D1	45-54	H	Anglais	2
D2	45-54	H	Anglais	3
D3	65 ans et plus	H	Anglais	4

Tableau 3. Informations générales sur les participants

2.3 LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Les éléments constitutifs de l’environnement immédiat que nous souhaitons investiguer dans le cadre de notre recherche sont nombreux et de nature différente. Il s’agit certes d’attributs physiques des espaces de vie intérieurs et extérieurs aux structures d’hébergement, mais sous le prisme du regard des résidents. Des dimensions propres à la sphère personnelle de la vie des résidents, à leur quotidienneté, à leur façon de s’approprier l’espace doivent être prises en compte. Le lien entre l’appropriation de l’environnement et la santé mentale ne sera pas, cependant, explicité avec les participants. La maladie mentale étant une catégorie très vaste, son introduction directe risquerait de décontextualiser les réponses que nous voulons être strictement encrées sur l’expérience personnelle des résidents interviewés. Il s’agit ensuite de réfléchir sur le concept d’espace en tant que lieu collectif et donc de s’interroger sur des dimensions sociales susceptibles de jouer un rôle important dans la création d’un sentiment d’appartenance. En raison de cette multiplicité d’intentions et de paramètres, nous avons conçu un dispositif méthodologique multimodal et biphase. Multimodal dans la mesure où les outils de collecte

de données choisis sont trois : l'entrevue structurée, les cartes mentales et le groupe de discussion ; biphasique puisque le déroulement de la phase de collecte a eu lieu en deux temps. Dans une première phase, nous avons procédé à la réalisation des entrevues dirigées à la fin desquelles nous avons demandé aux participants de dessiner leur carte mentale du quartier. Une deuxième phase a suivi dans chaque résidence sous forme de groupe de discussion auquel seulement les participants de la première phase ont eu accès.

2.3.1 L'ENTREVUE STRUCTURÉE

« Pour Van der Maren (1995), l'entrevue, qu'elle soit libre, semi-structurée ou structurée, vise à colliger des données ayant trait au cadre personnel de référence des individus (émotions, jugements, perceptions, entre autres) par rapport à des situations déterminées ; elle porte sur l'expérience humaine dont elle cherche à préserver la complexité. » (Royer et Baribeau, 2012).

Le choix de l'entretien comme méthode dans la première phase de cueillette de données répond à l'objectif de saisir toute la richesse du discours sur l'espace de vie des personnes interrogées. L'entrevue permet, en plus, l'interaction entre le chercheur et le participant, ce qui s'avère d'autant plus important puisque les personnes interviewées sont susceptibles de rencontrer des difficultés, telles que de la méfiance ou des états anxieux. Le chercheur peut, dans ce cas, mettre en confiance la personne, reformuler les questions posées et guider le participant dans le développement de son discours.

La forme structurée choisie pour mener l'entretien nous a permis de formuler, dans un temps limité, plusieurs questions capables d'approfondir le sujet du rapport à l'espace sous différents points de vue. En effet, la capacité de concentration des participants étant souvent faible, nous avons conçu une grille d'analyse composée de 26 questions à réponse ouverte courte, ce qui nous a permis de mener des entrevues qui ne dépassaient pas 30 minutes.

L'élaboration d'un canevas de questionnement rigoureux en français (Annexe 3), et en anglais (Annexe 4), nous a permis, en plus, d'assurer « une certaine constance [...] d'un entretien à l'autre et ceci, même si l'ordre des questions, le niveau de détail et la dynamique particulière d'entretien ont varié selon les sujets (Savoie-Zajc, 2000) » (Martel, 2007).

Quatre thèmes principaux ont été abordés en cours d'entretien :

1. La perception générale du quartier
2. Le rapport avec l'espace vécu intérieur
3. L'espace vécu extérieur et la mobilité
4. Le rapport avec le quartier et son appropriation

2.3.2 LES CARTES MENTALES

« Chaque individu, à l'intérieur de son espace personnel, établit des relations de nature topographique ou sentimentale et, ainsi, élabore dans sa tête une carte des lieux. (Rowntree, 1997) » Cette représentation mentale de l'espace vécu ne retient qu'une partie des éléments propres à sa perception originelle, constituant ainsi une sélection personnelle composée de choix, conscients ou inconscients, de mémoires et de filtres culturels et sociaux (Gumuchian et Rattin, 1988). Cette opération de sélection d'informations de l'environnement réel résulte en une carte mentale personnelle de l'espace vécu qui recèle des éléments propres à l'univers symbolique et inconscient de l'individu (Rowntree, 1997). C'est la raison pour laquelle « l'étude des cartes mentales, par le biais des dessins réalisés par les enquêtes, nous apporte des renseignements essentiels, liés à la pratique de l'espace, que nous n'aurions pas par le discours » (Poublan-Attas, 1998).

À la lumière de ce qui précède, les cartes mentales s'avèrent un outil complémentaire très précieux dans l'étude du rapport personne-environnement immédiat ou, comme le dit Levy-Leboyer un « moyen d'appréhension des relations entre individu et environnement » (Marry, 2011). Elles aident, en effet, la communication d'aspects difficiles à verbaliser en étant le résultat d'une opérationnalisation inconsciente des dimensions spatiales perçues par l'individu.

L'adoption de cet outil, introduit par l'urbaniste américain David Lynch, qui a su légitimer l'analyse visuelle de l'espace urbain en recherche dans les années 1960, s'inscrit dans notre dispositif méthodologique en clôture de la première phase de collecte de données. Après avoir répondu aux questions de la grille d'entretien individuel, le participant est invité à dessiner son espace urbain immédiat et à décrire les éléments qu'il choisit d'insérer dans sa représentation.

2.3.3 LES GROUPES DE DISCUSSION

Dans la deuxième et dernière phase de collecte de données, nous nous sommes intéressés aux aspects relatifs à l'espace comme construction collective.

En effet, même si le rapport à l'environnement se construit individuellement, ce que nous avons souhaité investiguer au moyen de l'entretien structuré, et parfois de façon inconsciente, comme les cartes mentales nous aident à observer, l'environnement est aussi le lieu du « nous socio-spatial » (Abdelfattah, 2007). Ce concept de « nous socio-spatial » renvoie à l'espace en tant que construit social, un « objet » qui nécessite un outil de travail différent.

C'est la raison pour laquelle l'utilisation du groupe de discussion nous a paru tout à fait cohérente, compte tenu que, avec Fortin et al. (2006), « la méthodologie du groupe de discussion [...] fournit une

compréhension collective des points de vue des participants (Ivanoff et Hultberg, 2006). » Il s'agit, plus concrètement, d'une technique d'entretien de groupe semi-structurée et modérée par un animateur neutre.

Nous avons choisi d'adopter cet outil après les entrevues structurées pour pouvoir réfléchir à l'élaboration des questions des groupes de discussion sur la base des réponses des entretiens (Annexes 5, 6, 7 et 8). Ce délai chronologique a aussi servi à familiariser les participants avec les sujets traités tout au long de la recherche, notamment l'environnement immédiat, la mobilité et l'appropriation de l'espace.

Les groupes de discussion, d'une durée moyenne de 30 minutes, ont eu lieu dans chaque résidence avec les résidents qui avaient pris part à la première phase, celle des entrevues. Certains des participants à la phase 1 ne se sont pas présentés au groupe de discussion, mais la présence des 3/4 des invités a tout de même permis le bon déroulement des séances de groupe. Ces entretiens ont permis d'engendrer ne fût-ce qu'une faible interaction de groupe, précieuse pour l'émergence des représentations, des attentes et des besoins par rapport au milieu de vie qu'ils partagent et qu'ils construisent ensemble.

2.4 LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

La combinatoire méthodologique choisie pour mener notre étude a engendré des données de nature hétéroclite, ce qui exige une réflexion sur les outils d'analyse les plus adaptés à l'extrapolation des résultats pour chaque ensemble de données.

2.4.1 L'ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS STRUCTURÉS

« Tout document parlé, écrit ou sensoriel contient potentiellement une quantité d'informations sur la personne qui en est l'auteur, sur le groupe auquel elle appartient, sur les faits et événements qui y

sont relatés, sur les effets recherchés par la présentation de l'information, sur le monde ou sur le secteur du réel dont il est question. (Mucchielli, 1984 p. 17) » L'analyse approfondie des données est donc essentielle afin de « rechercher des informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler et classer tout ce que "contient", ce document ou cette communication » (Mucchielli, 1984 p. 17). La démarche d'analyse a suivi plusieurs étapes. Après la retranscription des enregistrements des entretiens sous forme de verbatim, une première lecture flottante a permis à la chercheuse de se familiariser avec le matériel. Une deuxième lecture a ensuite permis de dégager des textes les thèmes en relation avec l'objectif de la recherche. Une fois les passages marquants soulignés, un ou des thèmes y ont été associés. À la phase d'identification des thèmes ou « thématisation » (Paillé et Mucchielli, 2003), a suivi la construction d'une grille d'analyse regroupant tous les thèmes avec les extraits correspondants. Cette matrice par thématique nous a enfin permis de déterminer quelques catégories capables d'établir « une relation [...] entre plusieurs autres concepts qui sont présents dans le phénomène à l'étude. » (Baribeau, 2009) À l'intérieur de chaque catégorie, l'examen des éléments thématiques a pu être amorcé sous le prisme de notre question de recherche, ce qui a dégagé les premières pistes de discussion.

2.4.2 L'APPROCHE SÉMIOTIQUE DE LECTURE DES CARTES MENTALES

« L'image est une forme d'adaptation de l'individu au milieu urbain basée sur l'expérience, c'est-à-dire sur une « structure de connaissance ». Par ailleurs, la ville est un champ de « significations », d'où l'importance des points de repère dont le choix est fonction de facteurs personnels et collectifs (comme la culture). (Thouez, 2010) »

À la lumière des constats qui précèdent, nous avons pris conscience de la richesse des données issues d'une enquête réalisée par carte mentale, et de la nécessité d'accorder à ce corpus un traitement qualitatif. Il s'agit d'examiner les représentations et de les coder afin d'y reconnaître des formes et des

catégories spatiales récurrentes (Morange et Schmoll, 2016). Cette démarche s'inscrit dans un cadre d'analyse afférant à la sémiotique urbaine qui s'intéresse à la lisibilité des espaces par ses usagers (Roelens, 2014). Une lecture des cartes mentales en clé sémiotique se veut donc une tentative d'extrapoler la signification des symboles qu'on y retrouve afin de parvenir à recomposer l'univers de vie de son auteur. En effet, comme nous l'explique Pellegrino (2002) : « Dotées d'une métrique, les formes spatiales, formes de localisation, d'orientation et de distribution, d'inclusion et d'exclusion, d'intersection et de chevauchement, donnent une mesure à la proximité et à la distance, à l'amplitude et à la densité des faits et gestes humains ». Concrètement, nous avons procédé à une lecture des cartes mentales en parallèle, pour en déceler des points en communs, non seulement du point de vue des formes représentées, mais aussi de leur position sur la feuille et de l'utilisation générale de l'espace de dessin. Sur la base de ces éléments et en croisant nos données d'entrevue avec les dessins, nous avons pu approfondir la représentation spatiale de l'environnement immédiat propre à chaque participant.

2.4.3 L'ANALYSE PAR QUESTIONNEMENT ANALYTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES GROUPES DE DISCUSSION

À partir des pistes de discussion préliminaires exposées dans la phase finale d'analyse des entretiens, nous avons procédé à l'interrogation des données relevant des groupes de discussion. La formulation des questions qui guide l'analyse du corpus est propre à la stratégie de questionnement analytique, une méthode d'analyse des données qualitatives qui permet au chercheur de soumettre à son corpus de données un canevas investigatif en ligne avec ses objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2012). L'intérêt d'une telle démarche s'est imposé, dans notre cas, par la volonté d'approfondir le lien entre certains aspects de l'appropriation de l'espace qu'on a pu entrevoir dans les précédentes étapes d'analyse. Il ne s'agissait pas, par ailleurs, de vérifier nos pistes de discussion, mais plutôt d'enrichir

notre vision d'ensemble sur ces questions. L'avantage d'une telle méthode d'analyse de données est la liberté de reformulation des questions initiales qui est laissée au chercheur. Dans notre quête de compréhension du rapport entre les résidents des ressources spécialisées en santé mentale et leur environnement immédiat, plusieurs éléments ont dû être considérés à différentes étapes de notre parcours. Leur prise en compte avant et pendant l'analyse par questionnaire nous a permis d'ajuster notre angle de vue au fur et à mesure, d'élargir notre champ de vision ou de le focaliser afin de développer un regard plus compréhensif. Cette réflexion qui conclut notre processus d'analyse des données nous a aussi permis d'interroger directement notre corpus sur certains aspects du cadre théorique de référence, ce qui a alimenté et enrichi la discussion entamée dans les précédents stades de notre analyse.

3 CARACTÉRISATION DES TERRAINS À L'ÉTUDE

Les quatre ressources intermédiaires qui ont accepté de participer à notre projet de recherche se situent dans deux secteurs différents de l'île de Montréal. Afin de protéger l'anonymat de nos participants, les noms précis des secteurs de localisation resteront confidentiels. Nous pouvons cependant spécifier que deux ressources se situent dans la partie nord de l'île de Montréal que nous appellerons secteur 1, et les deux autres dans le sud-ouest, qui prendra le nom de secteur 2. Dans les sections qui suivent, nous allons présenter ces deux secteurs sous un angle socio-démographique, d'utilisation du sol et de desserte en termes de transport et d'établissement de santé. Ces spécificités nous aideront à contextualiser nos résultats et ensuite appréhender les trajectoires de nos participants par rapport à leurs espaces de vie et aux caractéristiques qu'on y retrouve.

3.1 SECTEUR 1

Le premier secteur, localisé dans le nord de l'île de Montréal, est majoritairement à vocation résidentielle, comme la carte d'utilisation du sol en figure 4 nous l'indique. Les zones d'emplois et celles réservées aux activités mixtes se concentrent le long de deux axes centraux perpendiculaires. Le secteur présente aussi un accès à l'eau, à proximité duquel un parc riverain est aménagé. Plusieurs parcs de taille moyenne sont présents dans le secteur, ce qui assure aux résidents une accessibilité aux espaces verts. Si la concentration de l'offre commerciale le long de quelques artères urbaines peut rendre la desserte commerciale déséquilibrée en termes d'accessibilité pour une partie des résidents, il est important de souligner que les ressources résidentielles à l'étude se situent non loin de ces aires commerciales.

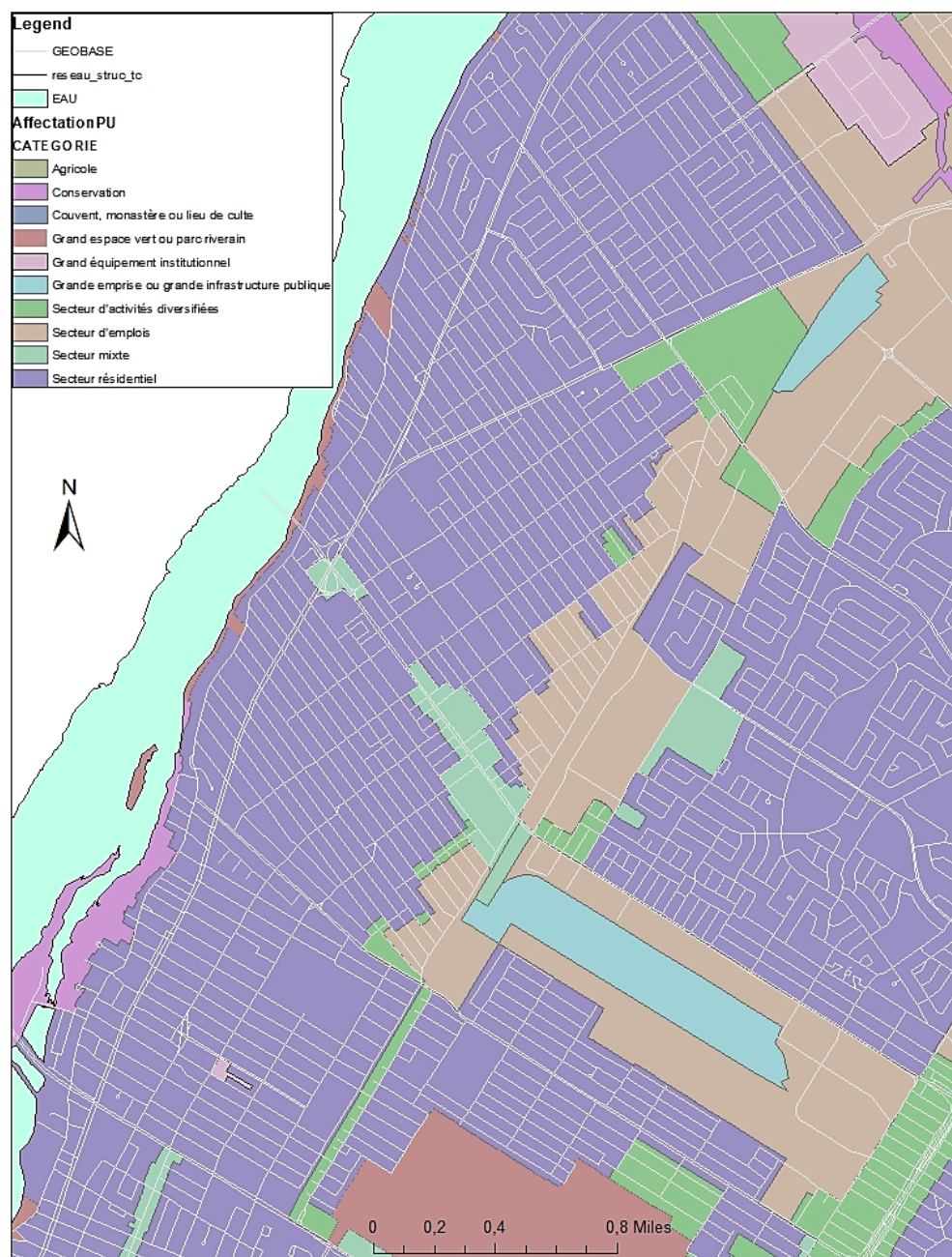


Figure 4. Carte d'utilisation du sol du secteur 1

En plus, comme nous pouvons observer sur la carte indiquant la desserte en transport en commun (figure 5), le territoire est bien couvert par les lignes de bus. Trois lignes de bus express et huit lignes ordinaires assurent les connexions à l'intérieur du secteur et vers l'extérieur de celui-ci. Plusieurs de ces lignes connectent le secteur à deux lignes du métro. La disposition des arrêts de bus par rapport au tissu urbain fait en sorte que les résidents du territoire à l'étude bénéficient de beaucoup d'autonomie de mouvement à petite et à grande échelle.

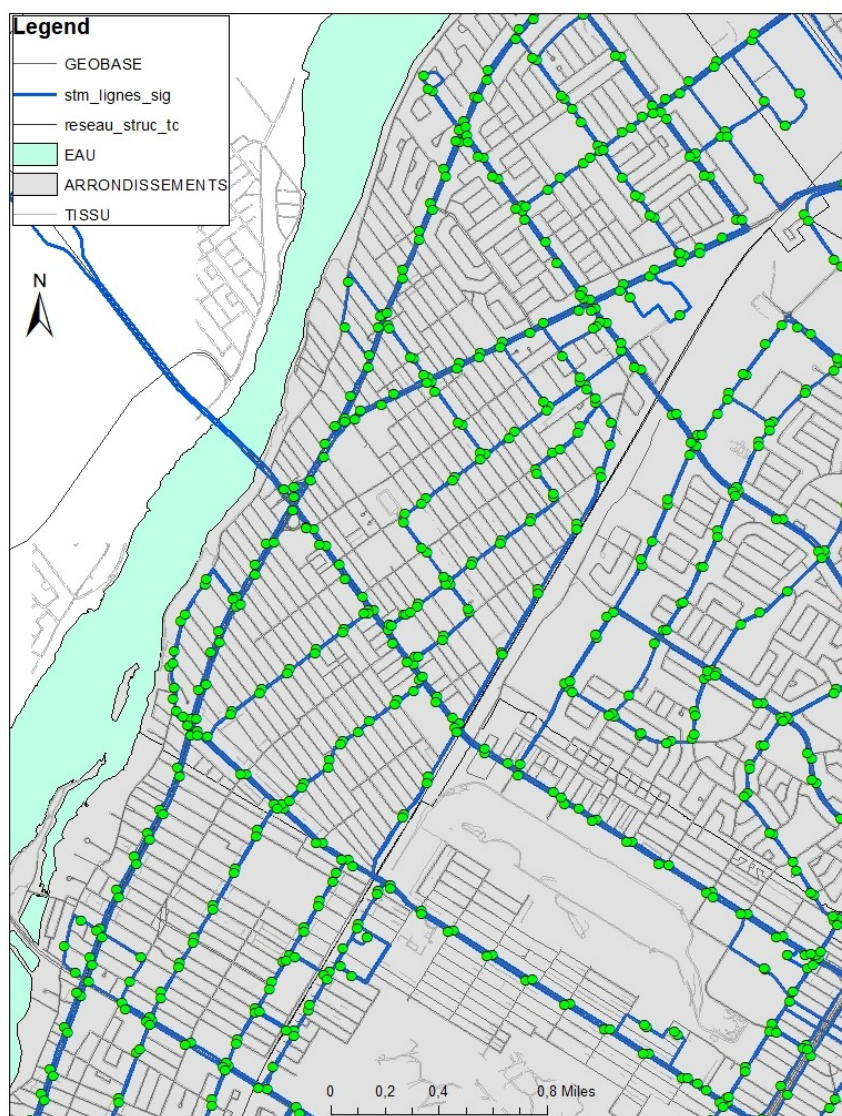


Figure 5. Parcours et arrêts de bus du secteur 1

Sur la prochaine carte, qui réunit tous les équipements et les services publics présents sur le territoire, il n'est pas difficile de remarquer l'extrême variété d'infrastructures publiques et d'activités à disposition des résidents du secteur. Cette diversité d'offre de services de loisir, de santé et communautaire, est facilement accessible en transport en commun, comme nous pouvons le constater en croisant la carte de desserte en transport collectif avec celle qui regroupe les services et équipements publics.

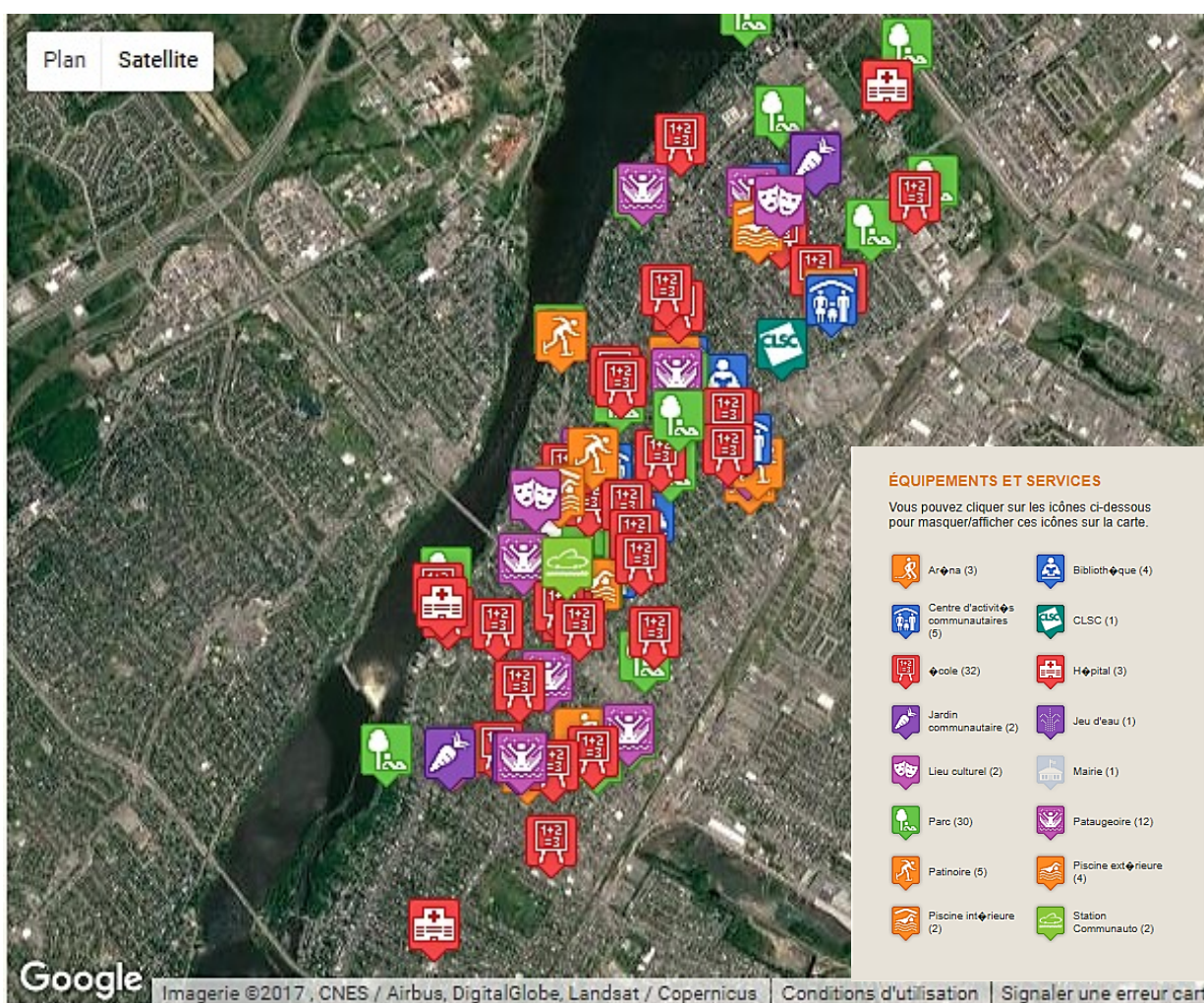


Figure 6. Carte des équipements et services du secteur 1

Du point de vue socio-démographique, certaines caractéristiques méritent d'être soulignées afin de dresser un portrait complet de notre premier terrain d'étude. Il s'agit d'un secteur qui se situe dans un arrondissement en lente croissance, avec un 30% environ de la population dans le groupe d'âge 0-25 ans, comme nous pouvons l'observer grâce à la pyramide des âges en figure 7 (Ville de Montréal, 2017).

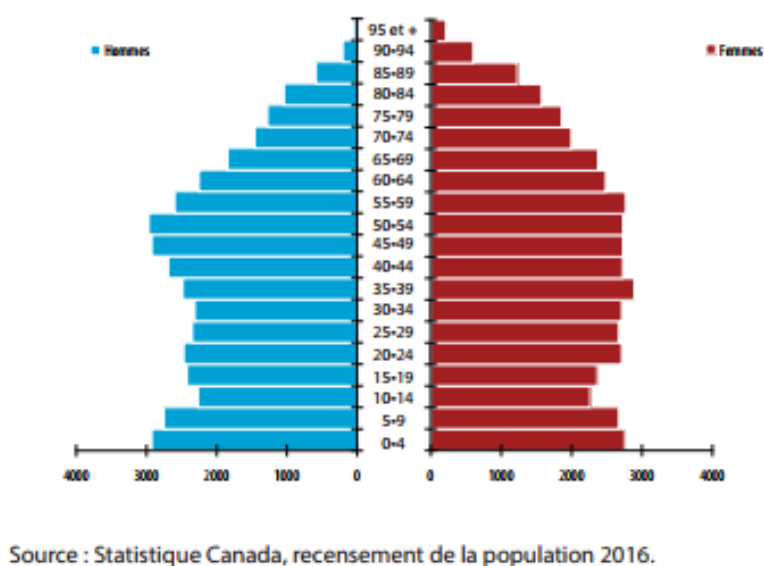


Figure 7. Pyramide des âges du secteur 1, recensement 2016.

Il s'agit d'une population qui est assez mobile, si on se fie à la carte sur la mobilité résidentielle illustrée en figure 9. Nous retrouvons aussi, ici, une présence très élevée d'immigrants (figure 8).

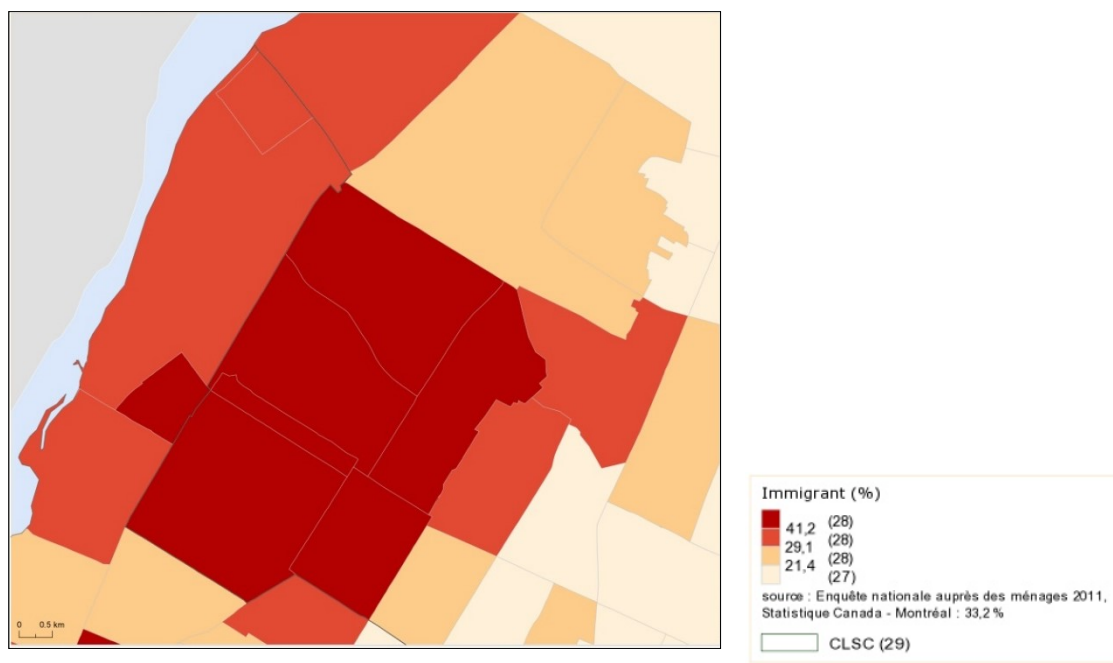


Figure 8. Pourcentage d'immigrants dans le secteur 1

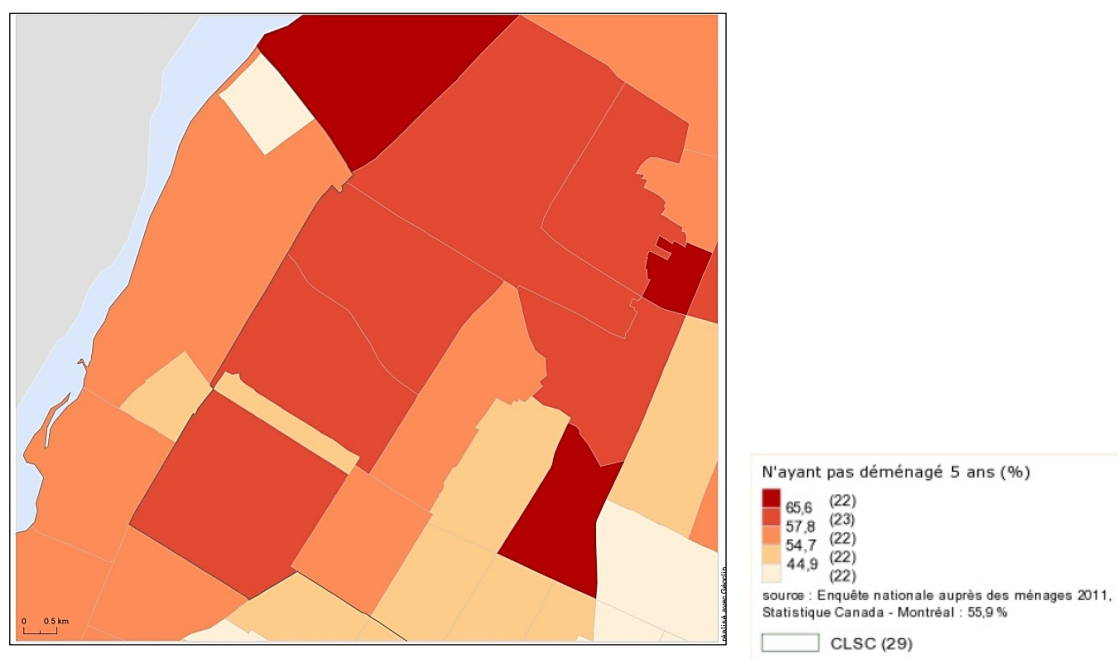


Figure 9. Mobilité résidentielle du secteur 1

Il s'agit également d'un secteur assez pauvre, où plus d'un tiers des résidents a un revenu inférieur à 20 000\$, ce que nous retrouvons représenté en figure 10.

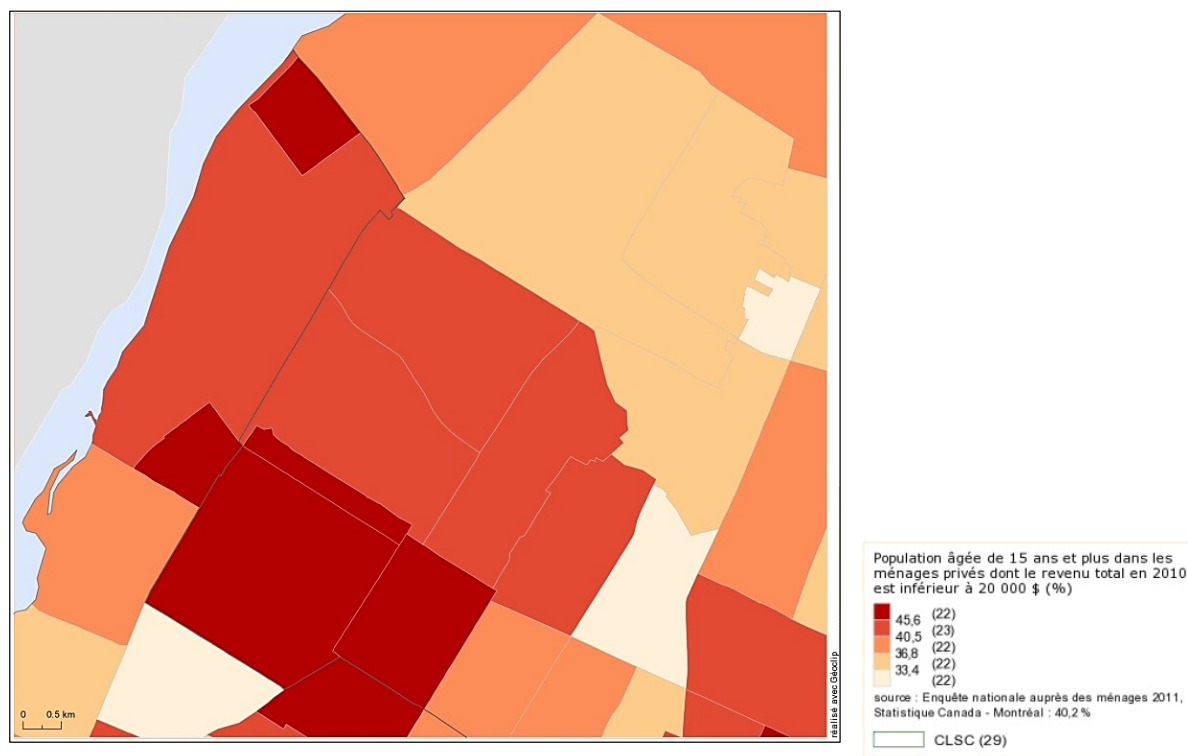


Figure 10. Pourcentages de personnes qui vivent avec un revenu total inférieur à 20000 \$ dans le secteur 1

Finalement, le chômage constitue aussi une réalité très présente (figure 11) parmi la population du secteur.

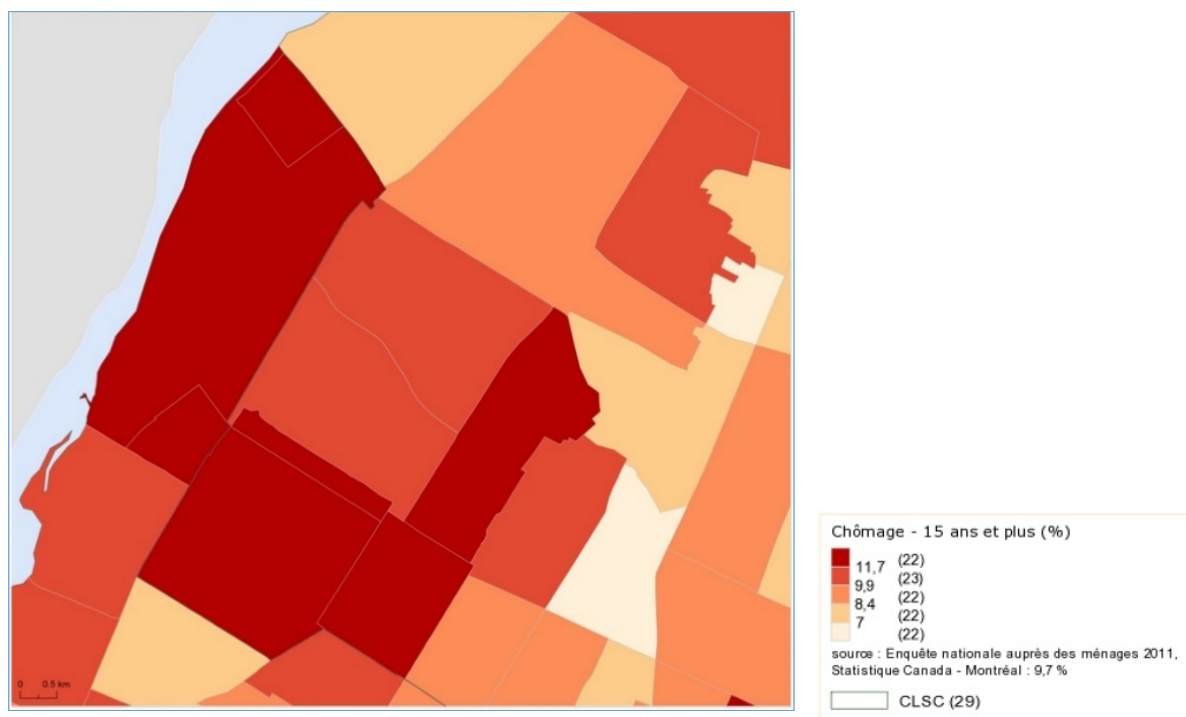


Figure 11. Pourcentage de personnes au chômage dans le secteur 1

En résumé, les deux ressources qui prennent part à notre recherche et qui sont localisées dans le secteur 1, se situent dans un contexte très résidentiel assez pauvre. Sa population, très diversifiée en termes socio-culturels, bénéficie non seulement d'une desserte commerciale variée et accessible, mais aussi d'une large série d'équipements publics et de services aux citoyens en santé, éducation et loisirs. Leur accessibilité est garantie par le réseau de transport collectif qui assure les liaisons entre les différentes aires du secteur et, aussi, entre l'extérieur et le secteur lui-même.

3.2 SECTEUR 2

Le secteur 2 accueille les deux autres ressources intermédiaires qui ont pris part à cette étude et se situe dans la partie sud-ouest de l'île de Montréal.

En observant la carte d'utilisation du sol du secteur 2, présentée en figure 12 à la page suivante, nous pouvons voir que la fonction résidentielle occupe une large partie du secteur, mais qu'elle est aussi fragmentée en trois parties. D'un côté les voies hydrographiques constituent des limites naturelles à la continuité de cette large zone résidentielle, de l'autre côté l'occupation industrielle le long d'un de deux canaux, crée une fracture importante du tissu urbain. Comme dans le cas du premier secteur, l'offre commerciale se développe le long d'une artère urbaine qui traverse le secteur en direction est-ouest. En regardant les éléments naturels qui y sont présents, nous remarquons tout de suite l'accès à l'eau à plusieurs endroits. Le bord de l'eau est toujours aménagé avec des parcs riverains qui en encouragent l'utilisation. Un grand espace vert public est présent dans la partie est du secteur. Même si présence de parcs se limite au grand parc public que nous venons de mentionner, l'aménagement des berges fluviales en parcs riverains donne aux résidents l'opportunité de profiter d'espaces verts aménagés dans leur secteur.

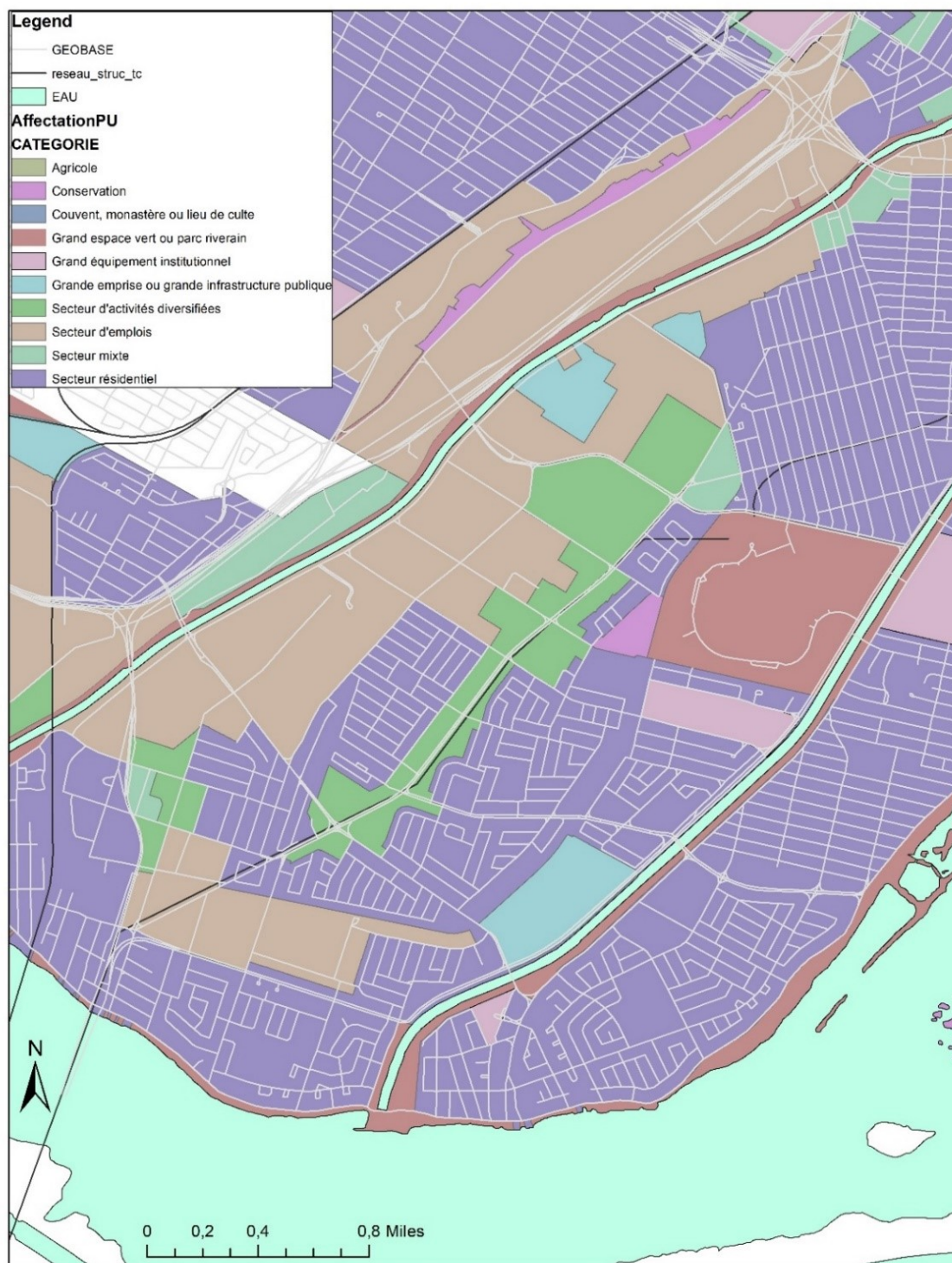


Figure 12 Carte d'utilisation du sol du secteur 2

Du point de vue de la mobilité dans le secteur, ce dernier est desservi par des nombreuses lignes de bus et une station de métro (figure 13). Le territoire est donc totalement accessible et connecté, grâce à une desserte en transport en commun équilibrée et rejoignant toute sa superficie, en plus d'assurer les liens avec l'extérieur.



Figure 13. Parcours et arrêts de bus du secteur 2

Le réseau de transport en commun s'avère particulièrement important dans ce cas, puisque les équipements publics et les services à la communauté se concentrent dans la partie sud du secteur 2, près des abords de l'eau (figure 14).

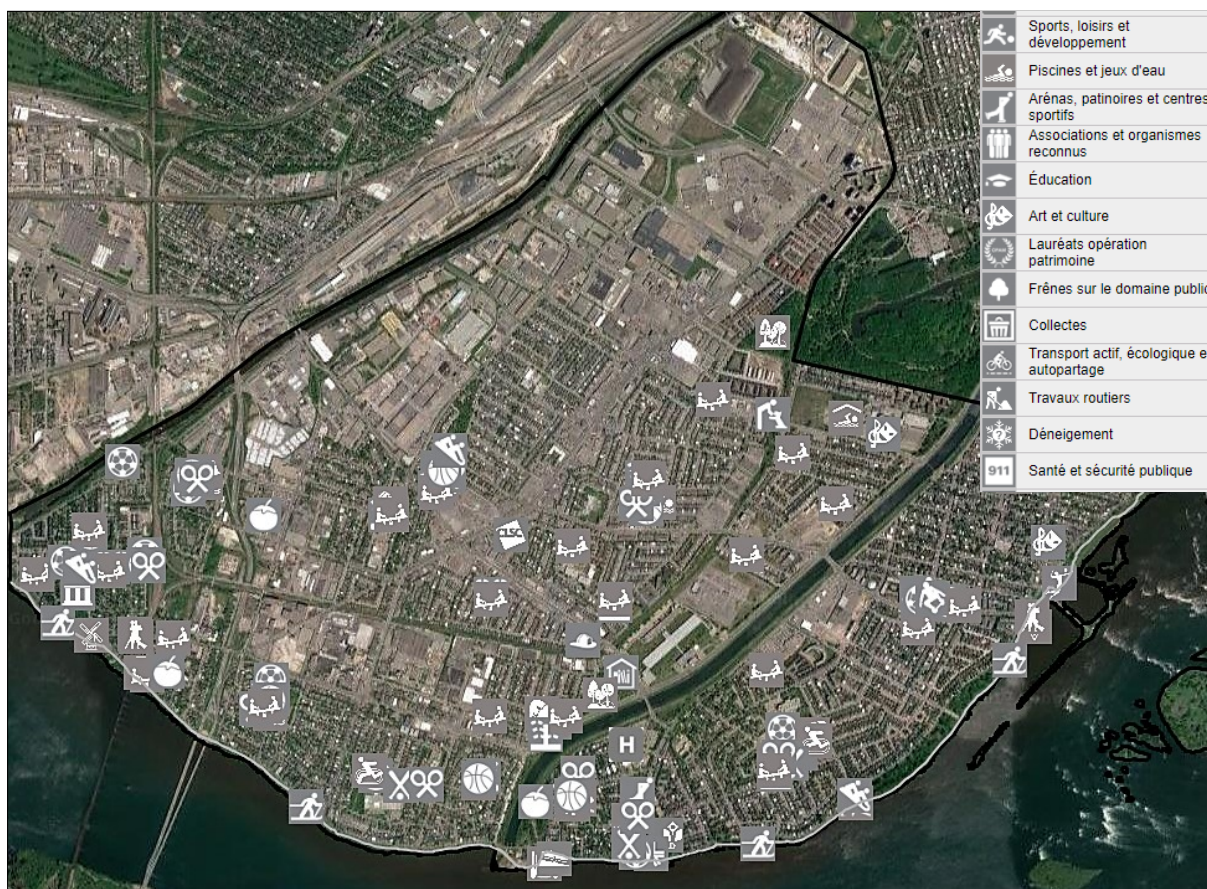


Figure 14. Carte des équipements et services du secteur 2

Quoique l'offre de services publics reste, comme dans le secteur 1, riche et diversifiée, sa localisation plus ponctuelle la rend moins accessible à l'ensemble de la population, en termes de proximité. La desserte en transport collectif étant bien assurée dans ce secteur, tous ces services se rendent par conséquent disponibles à tous ses résidents.

Comme dans le cas du secteur 1, ce deuxième secteur est localisé dans un arrondissement en croissance, avec près d'un tiers de la population âgée au-dessous de 25 ans (figure 15).

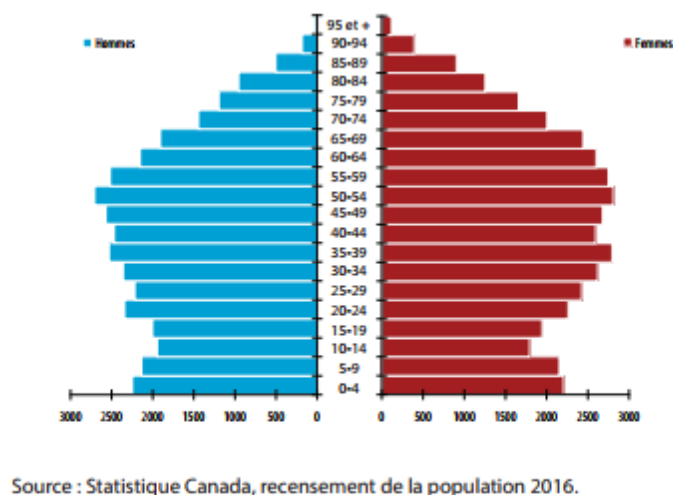


Figure 15. Pyramide des âges du secteur 2, recensement 2016

La présence d'immigrants est, comme dans le cas précédent, une caractéristique fondamentale du portrait socio-démographique du secteur 2 (figure 16). Par contre, il s'agit en général, d'une population relativement plus stable, puisque, comme nous le montre la carte en figure 17, le pourcentage de personnes qui n'ont pas déménagé depuis au moins 5 ans paraît être plus élevé que celui que l'on retrouve dans le secteur 1 (voir figure 9).

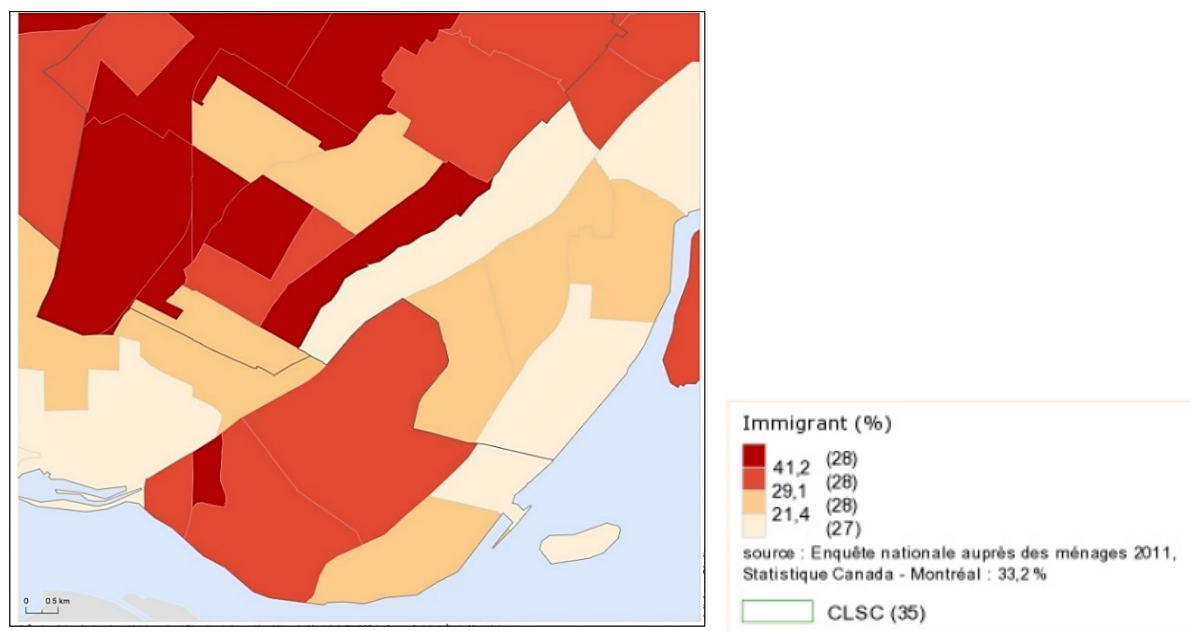


Figure 16. Pourcentage d'immigrants dans le secteur 2

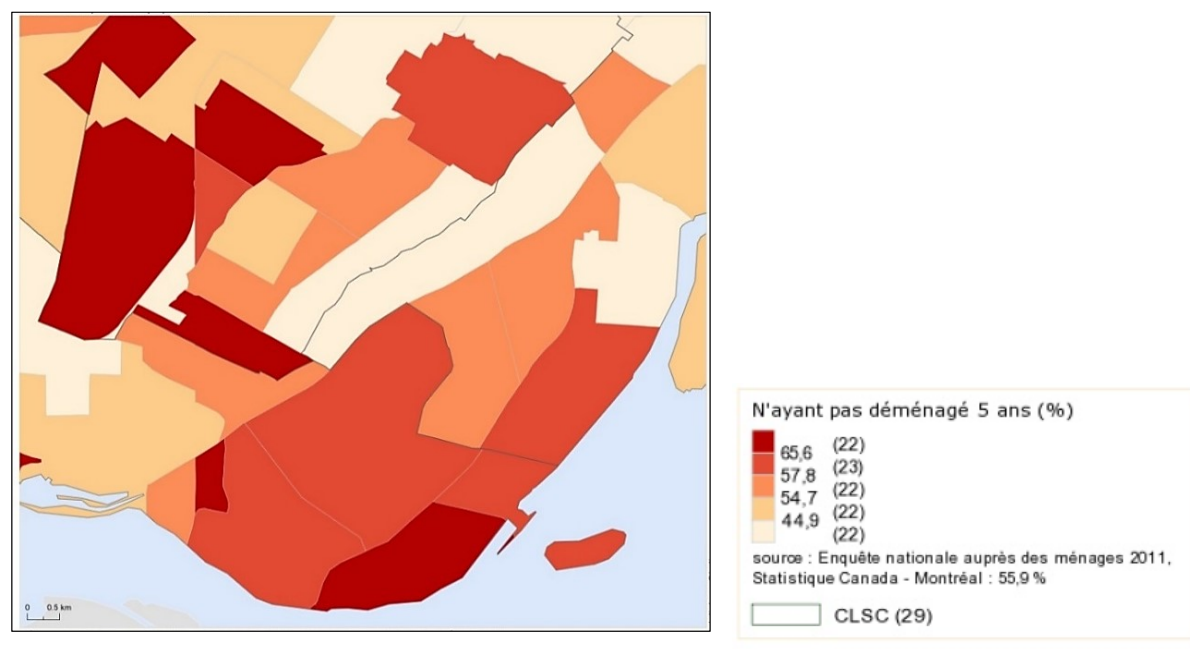


Figure 17. Mobilité résidentielle du secteur 2

La population en situation de pauvreté est, ici aussi, un point saillant des caractéristiques populationnelles, mais sa présence sur le territoire, bien qu'évidente, se mélange à d'autres groupes socio-économiques, surtout dans la zone nord-ouest du secteur (figure 18). Cette répartition territoriale suit celle relative au chômage, présentée en figure 19, qui est diffusé dans le secteur 2 de façon très similaire au niveau de revenu.

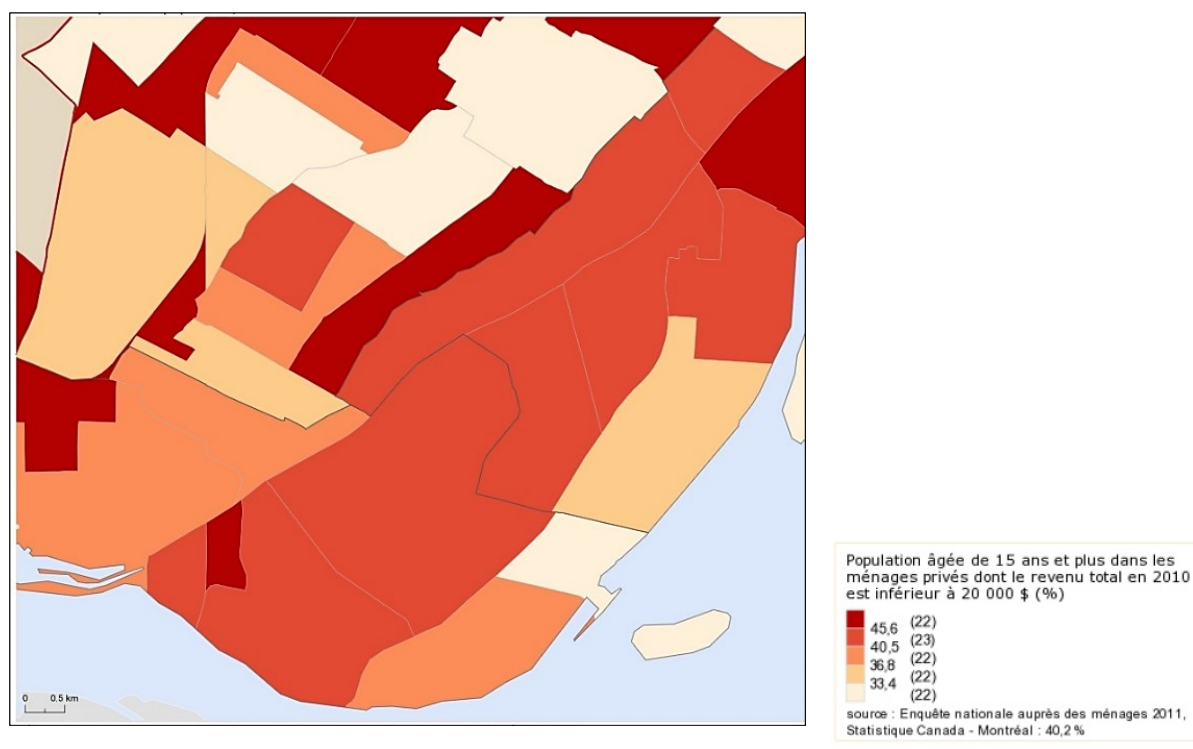


Figure 18. Pourcentages de personnes qui vivent avec un revenu total inférieur à 20000 \$ dans le secteur 2

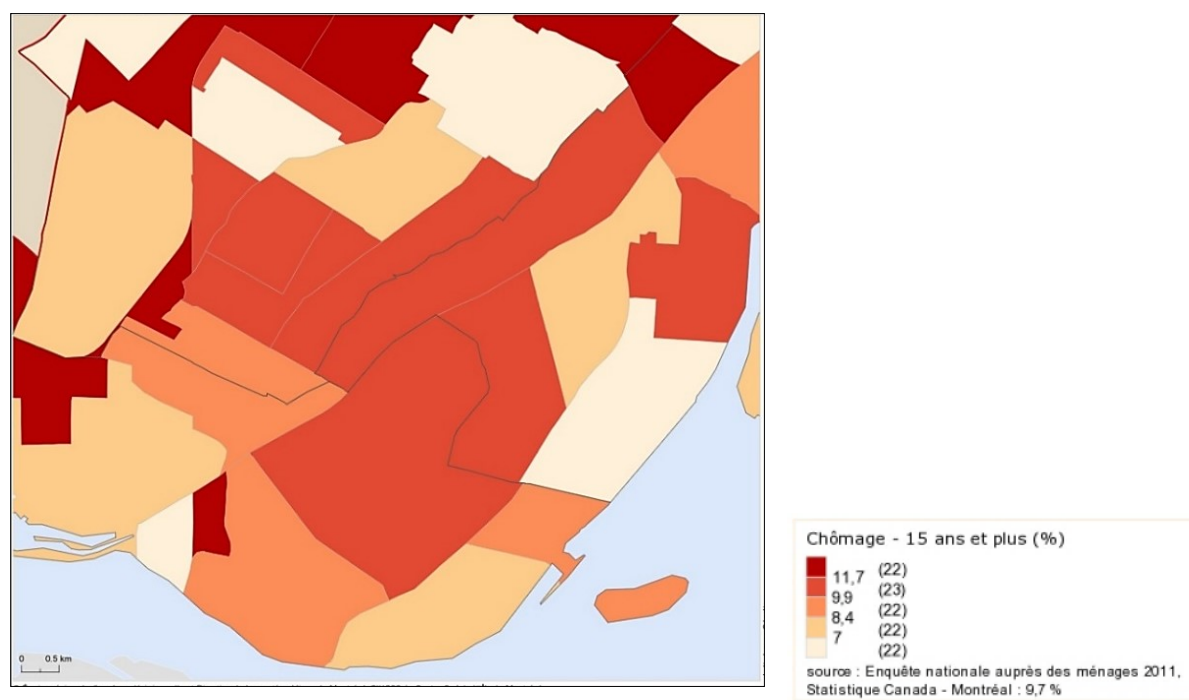


Figure 19. Pourcentage de personnes au chômage dans le secteur 2

En résumé, le territoire d'insertion de nos deux ressources résidentielles dans le sud-ouest de l'Île de Montréal, se caractérise par une utilisation du sol très résidentielle, mais fragmentée en trois zones résidentielles différentes. Parmi ces segments résidentiels, des zones à vocation commerciale, industrielle et publique prennent place. De nombreux espaces verts riverains donnent un accès à la nature à la population du secteur, tandis qu'un grand parc aménagé dans sa partie Est, constitue l'un des équipements publics mis à sa disposition. Plusieurs autres services à la communauté et équipements collectifs sont présents sur le territoire et leur accessibilité est assurée par un réseau de transport public avec une couverture étendue. La population, très diversifiée au niveau socio-économique, est confrontée à des situations de pauvreté et de chômage assez fréquentes, mais qui sont rééquilibrées par la mixité socio-économique que nous retrouvons sur le territoire.

4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les données recueillies pendant notre enquête sont soit la parole, soit le dessin. Tous ces résultats seront donc présentés séparément, dans les sections qui suivent, selon l'outil méthodologique qui a été utilisé pour leur collecte.

4.1 LES DONNÉES RECUEILLIES LORS DES ENTREVUES

Les 14 entrevues structurées, effectuées dans 4 maisons d'hébergement en santé mentale du territoire montréalais, nous ont permis de recueillir de nombreux éléments d'analyse. Malgré la rigidité de notre grille d'analyse qui voulait structurer l'entretien autour de quatre thématiques principales (la perception générale du quartier, l'espace vécu intérieur, la mobilité et l'appropriation du quartier), la richesse de notre corpus nous a permis de dégager six éléments d'analyse propres au rapport des résidents avec leur environnement immédiat : les services, le sentiment de sécurité, les éléments naturels, le rapport à l'autre au quotidien, la mobilité et les déplacements, et finalement la mixité sociale et culturelle. Dans les sections suivantes, nous allons faire état de ceux qui s'avèrent des facteurs d'appropriation de l'espace, pour leur rôle actif et positif sur les trajectoires quotidiennes de nos participants, tel que cela a pu se dégager des entretiens individuels par le biais de l'analyse thématique. Une dernière section sera dédiée à la thématique de l'espace vécu intérieur et nous servira à identifier les expressions d'appropriation de l'espace propres à la maison d'hébergement. Pour protéger l'anonymat de nos participants, tous les repères géographiques, tels que les noms des rues, des magasins, des centres d'achat et des organismes communautaires seront tus, et remplacés par des « a, b, c etc. » pour les rues, par des « X, Y, Z » pour les services, de proximité comme l'aide à la personne.

4.1.1 LES SERVICES ET LEUR UTILISATION

Pendant notre exploration du quartier, de son appréciation et de son appropriation de la part des résidents des maisons d'hébergement en santé mentale, l'importance de la présence de services de nature variée a tout de suite capté notre attention. En effet, dès le début de leur entrevue les répondants ont eu tendance à s'exprimer sur les qualités de leur propre quartier en précisant la proximité à certains des services qui leur tiennent le plus à cœur. Par exemple, un participant demeurant dans le secteur 1, qui fait de la lecture une de ces activités de prédilection, nous confie apprécier son quartier en particulier pour la présence de la bibliothèque et pour sa proximité de la maison d'hébergement où il habite depuis 3 ans. « *La bibliothèque en face où je prends les livres pour lire, les magasins pour aller acheter. C'est assez proche. Assez rapide. C'est 2 minutes de marche.* » (B1) Malgré sa tendance à rester à la maison pour se consacrer à la lecture, il apprécie le fait de pouvoir sortir et d'utiliser les services alimentaires de proximité. « *Je sors, des fois je prends un petit café ou un goûter, un lunch chez McDonald, au restaurant McDonald, chez McDonald puis des fois je vais à mon rdv pour voir le psychiatre. [...] Oui, ça fait changer les idées* (B1). » Ses sorties quotidiennes dans le quartier suivent une routine précise qui, bien évidemment, le familiarise avec son environnement immédiat. « *Les seuls endroits où je vais c'est la bibliothèque, chez Tradition, l'épicerie Tradition et Jean Coutu* (B1). »

L'utilisation des commerces de proximité lui permet également d'avoir un rôle actif à l'intérieur de sa résidence en accomplissant des petites tâches qui contribuent à la gestion ménagère de la structure d'hébergement. « *Je vais faire des commissions des fois. Des commissions des fois pour Monsieur L. (le responsable de la structure d'hébergement). Pour les intervenants aussi. [...] Je fais des commissions. Je suis quelqu'un de serviable* (B1). » Un autre participant d'une résidence du secteur 1 n'hésite pas à parler des services dont il bénéficie dans son environnement immédiat dès la première question posée concernant l'appréciation générale du quartier. « *C'est un quartier qui est agréable. Il y a une pharmacie*

à côté, Il y a une épicerie pas loin aussi à côté, puis il y a la bibliothèque. Il y a une coiffure pas loin aussi (B2). »

Comme ce dernier répondant, on retrouve dans la même résidence Monsieur P. qui d'un air très enthousiaste nous raconte son quartier : *« C'est un milieu de vie mon quartier, surtout la rue a, où il y a beaucoup de services. Il y a un Jean Coutu, il y a Magie d'1 dollar, il y a une boucherie, il y a le marché d'alimentation (B3). »* Encore une fois, nous nous apercevons que l'attractivité du milieu de vie est très facilement associée à sa desserte commerciale de proximité. Cet aspect est d'autant plus intelligible à la lumière des quelques constats que nous avons pu dresser sur la mobilité des résidents. Même si nous approfondirons davantage ce sujet au paragraphe 1.6 du présent chapitre, il nous suffit de rappeler ici que la totalité des résidents interviewés n'a pas un permis de conduire valide ni l'accès à une voiture. Dans la grande majorité des cas, leurs déplacements quotidiens se font à l'intérieur d'un périmètre limité, inférieur à celui du quartier en tant que tel et circonscrit au secteur autour de la maison d'hébergement. *« Je connais mon quartier, mais je vais jamais trop loin. Je suis allé chez Walmart plus loin là. C'est 25 minutes à pied. Il faut que je m'y habitue » (B2) « No. No, never. [...] I don't go to east or that far away. »* (Réponse à la question: Do you go very far from the neighborhood ?) (D1)

L'importance des services que les résidents retrouvent dans leur secteur est à rechercher plus loin que la simple raison utilitaire. Il ne s'agit pas seulement d'avoir accès à des biens nécessaires, mais d'avoir l'opportunité de vivre l'espace, de sortir sans un objectif bien précis, de franchir le seuil du chez-soi pour entrer dans le monde. C'est ce qui nous confie un participant quand il nous dit : *« J'aime sortir. [...] Vous voyez, ce qui manque ici c'est un café, genre Second Cup (B2). »*

Une réflexion similaire est formulée dans une autre entrevue, dans la même maison d'hébergement, pendant laquelle un résident qui a passé toute sa vie dans le secteur 1 nous explique : *« ...quand ma famille était là, ça m'intéressait de sortir, mais maintenant quand je sors je n'ai pas une place où aller. Marcher pour marcher... [...] Il faudrait avoir une place que tu sais où aller (B4). »*

Lors de notre enquête auprès des résidents d'une maison d'hébergement située dans le secteur 2, nous avons pu enfin constater le rôle qui jouent les services non seulement pour ce qui concerne l'organisation du quotidien des personnes souffrant de troubles mentaux, mais aussi par rapport à la gestion de leurs propres situations de crise. «...[S]ometimes when my problems worsen I don't like to stay here. [...] I like to go outside for a pizza. » (D2)

La desserte commerciale est, dans ce cas spécifique, utilisée par notre participant comme un vrai outil de gestion en cas de détresse, ce qui souligne toute l'importance des caractéristiques de milieu entourant la ressource résidentielle en santé mentale. Il existe toutefois une catégorie de services spécialement conçue pour aider les personnes aux prises avec un problème de santé mentale à mieux faire face aux moments de crise. Il s'agit notamment d'organismes communautaires comme le centre X dans le secteur 2, qui se veut un lieu de partage et de discussion très apprécié par les participants. « *C'est un centre de crise pour t'aider...pour aider les personnes en santé mentale de ...parler de mes problèmes* (C3) ... »

Des activités sont aussi proposées par le centre Y, un service de soutien au rétablissement et d'insertion sociale qui réunit les divisions de l'Institut Douglas¹⁰. « *Je vais faire la peinture puis le dessin au centre Y, je vais, à part ça, au centre X, je vais faire un tour au centre X. [...] Au centre X je prends un café, je parle avec le monde* (C1). »

La participation des résidents aux activités du centre Y souligne, encore une fois, le rôle que les services, de proximité, mais aussi de soin, exercent dans la vie des personnes souffrant d'un trouble mental, d'où la pertinence d'une réflexion extensive sur les spécificités propres aux secteurs potentiels d'implantation des structures résidentielles en santé mentale.

¹⁰ Le Douglas est un institut universitaire en santé mentale.

4.1.2 LE SENTIMENT DE SÉCURITÉ

Un des éléments qui jouent un rôle, positif ou négatif, dans l'appropriation de l'espace vécu, intérieur et extérieur, est le sentiment de sécurité. La perception de la dangerosité d'un quartier a un impact important non seulement sur l'appropriation de l'espace de la part de ses habitants (Paquin, 2006), mais aussi, sur le long terme, sur leur santé mentale (Pan Ké Shon, 2009). Cette perception se produit lorsqu'un individu est exposé à des actes de criminalité dans son propre quartier, ce qui le pousse à développer des inquiétudes lors de ses activités dans le voisinage. La perception d'insécurité est également le résultat des incivilités physiques et sociales présentes dans le quartier. Pour ce qui concerne les incivilités physiques, un manque d'entretien, visible par la présence d'ordures et de déchets, le vandalisme et les graffitis peuvent nuire grandement au sentiment de sécurité urbaine des résidents (Gravel, 2014).

Pour ce qui a trait aux incivilités d'ordre social, des soirées ou des voisins bruyants, des gens en état d'ébriété dans la rue ainsi que la vente ou la consommation de drogue dans la rue ne sont que quelques exemples des facteurs qui alimentent un sentiment d'insécurité parmi les habitants d'un quartier (Gravel, 2014).

Pendant la première phase de notre enquête, nous avons pu approfondir les perceptions des résidents de quelques maisons d'hébergement sur la sécurité urbaine de leur quartier. Leurs témoignages exemplifient bien le rôle de certains éléments physiques et sociaux du voisinage dans la construction du sentiment de sécurité.

Concernant plus strictement la criminalité, les résidents des deux maisons d'hébergement localisées dans le secteur 1 n'hésitent pas à qualifier leur quartier de « dangereux ». À la question « Est-ce que vous définiriez votre quartier sécuritaire ? » un répondant, ancien résident du quartier, affirme : « *Ça c'est une*

autre affaire que c'est plus compliqué de ce qu'on pense...L'affaire que je dis est qu'ici on est dans le secteur 1...je sais pas si vous comprenez-là (B4) ... »

Pour approfondir le sujet, il nous spécifie la nature du problème dans le secteur 1 en ajoutant : *« le secteur 1 c'est dangereux, il y a des gangs de rue surtout sur le boulevard b. C'est le quartier des gangs de rue (B4). »*

Son témoignage est confirmé par un autre participant de la même résidence qui nous exprime son inconfort dans le quartier une fois la nuit tombée : *« J'ai peur le soir, après 10 heures du soir parce qu'il y a des gangs des rues, des délinquants, dangereux, des vagabonds (B1). »*

La perception d'insécurité ressentie semble, en plus, alimentée par les rappels sonores liés à la criminalité comme ces mots nous l'indiquent : *« C'est sûr que des fois ... parce qu'on entend les sirènes, les policiers. Des fois ça arrive, des fois (B1). »*

Dans l'autre résidence du secteur 1 qui a pris part à notre recherche, les préoccupations des résidents par rapport aux problèmes de criminalité dans le secteur 1 semblent toucher aussi une participante qui nous confie : *« J'ai peur. J'ai peur qu'on m'attaque un jour parce que l'on m'a dit, j'ai entendu beaucoup de gens qui sont méchants (A3). »*

Elle justifie ses craintes en nous racontant un épisode qui a touché un membre de son entourage : *« Tu sais quoi ? Une fois une madame, une mamie, elle est vietnamienne, vieille, elle marchait. Et puis quelqu'un est venu boucher sa bouche. Elle a fouillé, elle a arraché son sac à main. Elle a fouillé dans son sac à main et dans le sac il y avait 100 dollars. Elle a pris 100 dollars. Elle a dit 'cam on ban madam' qu'en vietnamien ça veut dire 'merci madame' puis elle est partie (A3). »*

À l'extrême opposé, les résidents de deux maisons d'hébergement en santé mentale du secteur 2 nous parlent de la sécurité de leur quartier : *« Je me sens protégée, j'ai comme l'impression que mon quartier*

me protège. Je ne sais pas comment l'expliquer. Je me sens bien en tout cas. » (C1) ; « My neighborhood? It's very quiet. It's very safe. [...] Very safe yeah (D3)! »

L'un d'entre eux fait notamment référence à des traits propres à la criminalité pour nous expliquer en quoi il trouve son quartier sécuritaire. Il affirme à ce sujet : *« Il n'y a pas de coups de feu, pas de gangs de rue, pas la mafia, il n'y a pas grand-chose. C'est très bien organisé. Il n'y a pas de drogue, pas d'alcool (C3). »*

C'est ce même participant qui fait ressortir un élément intéressant de l'ensemble des facteurs susceptibles d'agir sur le sentiment de sécurité : le contrôle. Le rapport de confiance envers les services d'ordre public semble en effet jouer un rôle important dans la perception des résidents sur la sécurité de leur quartier, comme nous le souligne monsieur R. en deux occasions : *« Il (le quartier) est calme parce que, premièrement la police est à deux coins de rue d'ici. C'est le poste de police numéro x. » (C3) ; « Il y a le poste de police à deux minutes d'ici. [...] ça me rassure, ça me sécurise (C3). »*

De retour dans le secteur 1, nous nous apercevons que nonobstant l'insatisfaction des participants par rapport à la criminalité dans les rues de leur quartier, ils ne le considèrent pas, malgré tout, un mauvais quartier où demeurer et ce, grâce au rapport de confiance qui s'est instauré avec les services de sécurité publique : *« ...peut-être qu'ils s'imaginent que dans la pauvreté il y a de la criminalité, mais c'est tellement bien surveillé. Il y a les pompiers aussi qui sont présents partout. Alors c'est très bien organisé. Un bon système de ville. L'arrondissement là, c'est rendu un arrondissement très bien, très bien organisé. [...] Ils font en sorte que les gens se sentent bien (B3). »*

La présence d'une surveillance constante dans le secteur met les participants en confiance et leur permet de vaquer sans crainte à leurs occupations.

En plus, le rapport avec « les gens de la municipalité », la confiance dans leur travail pour le bien-être collectif semblent aller bien au-delà des questions relatives à l'ordre public. L'entretien des lieux publics rentre parfaitement parmi les actions de prévention des incivilités physiques, indices de la présence de

criminalité. Les participants du secteur 1 semblent être sensibles aux conditions physiques de leur environnement urbain et le manifestent avec ces mots : « *le secteur 1 s'est rendu ...c'est ...ils mettent des choses, des fleurs, des lampadaires dans la rue...puis les bancs...il y a beaucoup de bancs à cet instant-là.* » (B4) ; « *Comme aujourd'hui là c'est le temps des matières résiduelles puis recyclables. Il y a même la surveillance des gens de la ville-là qui font le tour des rues pour voir si ça va bien. Il confie ça à des compagnies privées qui font le ramassage et tout ça. Il y a une belle surveillance qui est faite oui, comparé à ailleurs* (B3). »

Finalement, quelques aspects relatifs à des questions d'ordre social ont été mentionnés pendant la première phase de notre enquête. En effet, lorsque nous avons questionné un participant d'une résidence du secteur 2 sur la quiétude de son environnement, il nous a confirmé que son quartier est calme, surtout en comparaison à son ancien lieu de résidence : « *No noise, no music... Last time they put a lot of music at 10pm I can't sleep. My last neighborhood they used to put music from 10pm to 11pm. I shout them that if they continue the police will go and find them.* (D1) »

Les nuisances sonores se trouvent donc, sans doute, parmi les facteurs susceptibles de jouer un rôle dans la construction du sentiment de sécurité, comme l'est également la présence de gens qui traînent dans la rue, en état altéré par l'alcool ou la drogue. C'est un point sensible, ce dernier, qui touche les participants du secteur 1 : « *Tu sais quoi...il y a beaucoup de résidences d'accueil et forcément il y a des gens qui viennent... qui viennent de l'itinérance. Alors si c'était pour eux ils se nourriraient dans les poubelles, dans les poubelles oui, les bouteilles à moitié vides... des choses comme ça* (B3). »

« *Il peut y en avoir dans la nuit aussi qui se promènent. S'il y avait de l'itinérance à un moment donné elle serait présente-là, mais ça fait un bout de temps de ça. Mais dès qu'on vidé les poubelles...Ils se sont réunis une fin de semaine je crois avec les gens du centre-ville, les trois CAC centre-ville, et là ils ont décidé ...parce que là où il y a de l'itinérance il y a de la criminalité parce que c'est eux qui transportent la drogue, c'est eux qui transportent tout ça. Alors où il y*

de l'itinérance il y a des gangs de rue, où il y a des gangs de rue il y a de la drogue, il y a de la prostitution (B3). »

Encore une fois, dans le récit de monsieur P. (B3), nous retrouvons une grande sensibilité à l'égard de son environnement immédiat qu'il chérit et qu'il veut garder propre, en ordre. Pour ce faire, il semble faire très confiance aux professionnels de la ville qui répondent aux problèmes d'ordre physique ou social qui intéressent ce quartier un peu défavorisé du territoire montréalais.

4.1.3 LES ÉLÉMENTS NATURELS

L'intérêt que nous avons porté au rapport que les résidents entretiennent avec les espaces verts dans le quartier peut se justifier d'une double façon. En effet, si d'un côté l'exposition aux espaces verts a démontré son efficacité dans l'amélioration de l'humeur de sujets généralement en santé (Nutsford et al., 2013), son potentiel thérapeutique dans le cas de personnes aux prises avec un trouble mental (Rugel et Ward, 2015) est, de l'autre côté, encore plus important aux fins de notre recherche. Il semblerait que marcher dans la nature, ce que les écothérapeutes¹¹ appellent « bain de forêt », ait des effets bénéfiques sur le stress et la dépression. C'est ce que des chercheurs finlandais ont démontré avec leur projet pilote de marche en nature pendant 8 semaines à la suite desquelles les symptômes de dépression avaient enregistré une remarquable réduction (Beaudoin et Levasseur, 2017). Il nous paraît donc tout à fait pertinent d'approfondir le rapport avec la nature dans notre recherche en questionnant nos participants sur leur utilisation et appropriation des espaces verts de leur quartier. Nous voulions aussi vérifier l'accessibilité à ces espaces à la lumière de l'étude de Van den Berg et al. (2015) sur l'« association

¹¹ Professionnel en écothérapie, « une approche de développement personnel ainsi que de soins psychologiques et psychosomatiques dont la spécificité est de se pratiquer dans l'interaction avec la nature ». (Le Danff, <https://ecopsychologiefrance.wordpress.com/thematiques/lecotherapie-2/>).

positive entre la quantité d'espaces verts à proximité du domicile et la santé mentale perçue » (Beaudoin et Levasseur, 2017).

Pour ce qui a trait à la présence de parcs dans le secteur 1, un participant nous livre un portrait assez détaillé de l'offre d'espaces naturels dans son quartier :

« Il y a des petits parcs comme après « c » ...mais c'est surtout un parc pour les enfants puis il y a une école, une école juste à proximité, mais les gens peuvent y aller pique-niquer, pour la famille. Il y a même des tables de pique-nique pour la famille, pour les étudiants le midi ou le matin pour la garderie. On a des jeux pour enfants aussi là. Puis même il y a des petits parcs aussi au coin de « d », à côté de l'école. Il y en a deux là. L'été là c'est très beau parce qu'ils embellissent, il y a des fleurs, ils font l'embellissement des deux côtés, « d » puis « a », des deux côtés ils font de l'embellissement. [...] Moi je fréquente le parc, je fréquente même ...je prends le bus pour m'y rendre pour lire. Je fais de la lecture dans les parcs. [...] Ils ont aménagé il y a pas longtemps de façon différente, c'est des belles couleurs, c'est des couleurs de peau comme ça, c'est tout naturel et ils ont même mis un marché au coin de « d » et « a ». Je pense qu'il s'appelle le marché xxx. Oui le marché xxx...puis ils vendent des fruits et des légumes (B3). »

Un autre répondant dans la même résidence nous confirme l'effet bénéfique, peut-être même thérapeutique, que les parcs ont sur son quotidien : *« Il y a des parcs l'été, fait que je prends une petite marche puis je respire un peu d'air. L'été, l'été il y a le soleil, il fait chaud chaud chaud, je sors respirer un peu, prendre de l'air. Ça me change les idées. L'été, l'été (B1). »*

Le parc devient donc, comme on vient de voir, une destination fréquente pendant l'été pour lire ou prendre de l'air, mais il garde son attractivité même pendant l'hiver pour certains comme Monsieur G.

qui affirme : « *Je marche. Je marche. Même à l'hiver je pars marcher dans un parc. [...] Ce n'est pas loin. [...] Une demi-heure à pieds (A4).* »

En général, nous pouvons observer une perception positive de la végétation et de tous les éléments naturels qu'on retrouve dans le secteur 1 où Madame G. nous dit : « *Je regarde les oiseaux. [...] J'aime la nature! La nature oui...moi je viens de la région* » (A1), mais également dans le secteur 2: « *- What's important for you in the neighborhood ? – Trees* » (D2 pendant son dessin de carte mentale).

Bien que le parc constitue en général un attrait important pour nos participants, quel que soit le secteur de résidence spécifique, les espaces verts peuvent dans des cas isolés produire des réactions mitigées. Dans le cas de Madame M., par exemple, nous sommes face à quelqu'un qui éprouve des difficultés à trouver sa place dans un espace ouvert comme le parc : « *Beh je ne vais pas dans le parc pas loin-là. Je vais jusqu'à l'arrêt d'autobus en avant du parc. [...] Je ne vais pas dans le parc. [...] J'ai peur. Je ne me sens pas protégée dans un parc (C1).* »

En réalité, elle aussi apprécie la nature comme elle nous spécifie très clairement : « *Moi j'aime ça les espaces verts, mais les parcs pas quand je suis toute seule. Quand il y a du monde avec moi, j'aime ça. J'aime ça quand je suis avec du monde.* » (C1) Chez elle, où il y a « une très belle cour arrière », elle aime y passer du temps quand elle en a l'occasion : « *Mais moi quand je prends mon café je m'assois dans la cour (C1).* »

Bien que le parc constitue pour cette participante un espace à éviter lorsqu'elle se retrouve toute seule, son potentiel bénéfique, comme ceux des éléments naturels en général, a donc été confirmé auprès de tous nos participants. En effet, les répondants sont les premiers à admettre les bienfaits de la nature sur leur quotidien et à assigner une place d'importance à tout élément naturel dans leur quartier.

4.1.4 LE RAPPORT À L'AUTRE AU QUOTIDIEN

Dans notre recherche, nous avons bien souvent fait référence aux aspects physiques qui caractérisent un quartier et à leur rôle dans la construction de la relation personne-environnement de la part des résidents des structures résidentielles en santé mentale. Toutefois, il existe une dimension immatérielle fondamentale qui participe au processus d'appropriation du territoire : le rapport à l'autre, à la communauté qui habite le quartier. Cet aspect social de la réalité n'est, malgré cela, pas moins réel et il contribue fortement à l'intégration communautaire de la personne au sein de sa communauté, ce qui rejoint les objectifs propres au paradigme de rétablissement qui interprète le milieu même comme outil thérapeutique (CSMC, 2009). La relation au milieu et, donc, la capacité de bénéficier de ses effets positifs passent nécessairement par le rapport à l'autre au quotidien, dans l'environnement immédiat. C'est là que la personne souffrant d'un trouble de santé mentale peut tisser des relations sociales, se sentir reconnue et acceptée, être présente physiquement dans sa communauté et développer un sentiment d'appartenance (Wong et Solomon, 2002). Toutes ces manifestations sociales de l'être qui trouvent place dans l'espace public créent cette intégration communautaire tant importante pour l'épanouissement de chacun et d'autant plus pour personnes aux prises avec un trouble mental, de par le risque de stigmatisation sociale, ainsi que par leur mobilité limitée.

Dans leur quotidien, les résidents interviewés recherchent les contacts humains avec leur communauté. Ils ont tendance à créer des habitudes rassurantes, des rituels sociaux qui finissent par alimenter leur sentiment d'appartenance au quartier, comme dans le cas de monsieur P. : *« Moi je sors à tous les jours. Je vais prendre mes journaux à tous les jours, je fais mon tour. Je fais mon tour à tous les jours pour les journaux. Je rencontre la caissière. C'est agréable et tout ça. On ne pique pas vraiment de jasette parce qu'on a pas le temps, mais...c'est ça à tous les jours les journaux... - : Ils vous attendent...- : Ah oui certainement, certainement (B3). »*

Il est intéressant de voir comment monsieur P. a su bâtir son propre chez-soi en étant en relation avec son environnement proche, tous les jours. Sa présence dans la communauté s'avère ainsi une véritable construction qui l'a vu acteur direct et qui fait aujourd'hui sa fierté, comme nous pouvons le comprendre de son témoignage :

« C'est stimulant parce que pour moi je ne me sens pas riche, mais j'ai tout ce qui me faut dans les alentours ici puis je suis entouré des gens qui connaissent la santé mentale alors ça, c'est très important pour moi. [...] Alors moi j'ai dit...ne jugez pas la santé mentale. C'est en sortant, c'est en montrant que j'ai des bonnes manières quand même, capable de se présenter, capable de choisir mes choses, de payer. [...] C'est vraiment chez moi maintenant (B3). »

L'interaction avec la communauté, dans les commerces par exemple, est ainsi un moyen de se confronter avec ses codes, de les intégrer et d'en faire les clés d'une intégration réussie et de contacts plaisants, comme dans le cas de monsieur F. : *« J'aime ça y aller (au marché Tradition et à la bibliothèque). Mais ils m'ont dit que je suis un bon client, que je peux y aller quand je veux en même temps que je paye. Il faut payer, c'est la loi. Il faut payer, c'est la loi (B1). »*

Les contacts avec la communauté demeurent au centre de différents témoignages que nous avons récoltés pendant notre première phase de collecte. Les personnes sont aussi la première qualité à être nommée en rapport au secteur 1 (A1), mais aussi au secteur 2 (C1 et C2) : *« C'est un beau quartier, c'est correct. Les gens sont sympathiques. » (A1) ; « Des beaux gens. » (C2 quand on lui demande de décrire son quartier) ; « J'aime ça être entourée de gens...j'ai moins peur. Quand j'étais toute seule en appartement j'avais assez peur là (C1). »*

La recherche de contact humain s'avère même une véritable exigence, exprimée parfois de façon très explicite au cours de notre enquête : *« I would like to have a place where I can do communication. Normal communication. Nobody wants to communicate with me. (D1) »*

Les rapports que les résidents instaurent avec les vendeurs tout le long de leur vie (quelques résidents vivent dans le même quartier depuis 15 ans, voir tableau 1) sont aussi destinés à se modifier et à modifier les habitudes de vie des résidents dans le quartier, surtout quand cette relation se détériore et n'apporte plus aucun bénéfice à leur intégration communautaire, comme madame T. nous raconte ici :

« J'allais souvent à l'épicerie, mais ils ont fait faillite alors je ne peux plus magasiner. Ils ont donné l'épicerie à un vieux monsieur arabe. Une fois Ibrahim, le fils aîné du vieux monsieur arabe...j'ai demandé à Ibrahim pourquoi l'épicerie a fait faillite. Il a dit à cause de toi. Pourquoi moi ? J'ai dit, demandé...pourquoi moi ? J'allais juste à l'épicerie pour magasiner. Puis le vieux monsieur arabe a dit...c'est pas vrai, c'est pas à cause de toi qu'ils ont fait faillite (A3) ! »

Exception faite de ce dernier cas, nous avons confirmé une appréciation généralisée des contacts sociaux au quotidien et nous pouvons donc nous questionner sur leur dimension spatiale. Il s'agit, en effet, de comprendre concrètement où ils se déroulent et où, éventuellement, les participants vont chercher l'interaction avec leur communauté. Si nous pouvons déjà affirmer, sur la base des témoignages ci-dessus, que le dépanneur et les magasins alimentaires sont parmi ces endroits où les échanges prennent lieu, d'autres solutions existent pour nos participants. Le restaurant s'avère un des lieux les plus appréciés puisque le temps qu'on y passe et la facilité d'interaction avec le personnel rendent l'expérience beaucoup plus personnalisée, quelque peu intime. C'est ce qui nous confie monsieur P. (B3) d'une résidence du secteur 1 et monsieur R. (C3) d'une maison d'hébergement du secteur 2 : *« Des restaurants de quartier surtout j'aime. [...] ils me connaissent et puis même pas seulement ici dans le quartier proche. Là où je vais pour mes rendez-vous médicaux, ils me connaissent parce que je vais dans un restaurant particulier, de quartier lui aussi. Ça fait longtemps que j'y vais. Ils me connaissent puis je vais là souvent. Avant mon rdv ou après là je m'arrêterai en passant. »* (B3) ; *« Au début j'étais un peu...dépaysé, pas très en confort. Après un peu de temps...les gens sont gentils, ils disent bonjour. Les gens ils nous servent quand on va au restaurant. Ils nous servent, ils sont gentils, ils ne nous rejettent pas. [...] J'apprécie le contact dans les services (C3). »*

Parmi nos répondants, nous avons rencontré aussi une résidente, madame T. (A3) qui se rend dans des pharmacies de grande surface, telles que Jean Coutu et Pharmaprix, et qui a su trouver un accord avec le personnel du magasin pour qu'ils puissent trouver du temps pour la suivre. Sa relation avec les vendeurs des magasins est cultivée ainsi grâce à une sorte de code personnalisé qui contribue à développer chez cette résidente un sentiment d'appartenance : « *Je sors souvent le soir parce que le jour au Jean Coutu et Pharmaprix il y a beaucoup de clients. Parce que quand je vais au Pharmaprix il y a un comptoir libre pour moi. Des fois c'est pas toujours libre. Des fois j'arrive et la caisse a besoin du comptoir. J'ai pas de comptoir libre. D'habitude oui, mais des fois non* (A3). »

Le rapport à l'autre se manifeste finalement dans les lieux dédiés principalement à la relation d'aide comme la maison d'hébergement ou le centre de soutien et d'écoute affilié à l'hôpital psychiatrique de référence. Dans ces cas, les interactions sociales impliquent les intervenants et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces dernières peuvent aussi interagir entre eux ou décider de se référer uniquement au personnel aidant, comme nous l'indique monsieur A. (D2) : « *But there's one community center for psychiatric patients ...sometimes I go there. [...] I don't like when there's too much people because I want to speak. Sometimes you can speak with the nurse.* (D2) »

Cependant, dans d'autres entrevues nous nous sommes aperçus que la majorité des résidents se montrent plus ouverts à la rencontre avec les autres résidents en santé mentale, comme nous l'exemplifient deux participants d'une maison d'hébergement du secteur 2 : « *Je vais aussi voir des gens dans l'autre maison parfois. Je les rencontre dans l'autobus, on jase.* » (C2) ; « *On rencontre des gens qui travaillent ici. Je rencontre aussi des gens qui travaillent activement à l'hôpital Z. Je vais au centre de crise « x »* (C3). »

À la lumière des exemples présentés dans ce paragraphe nous pouvons affirmer que, bien que le choix de cultiver des relations sociales dans le quartier demeure très personnel et suive des logiques différentes, son importance auprès des résidents interviewés a donné ses preuves et mérite donc notre attention. Les

commerces, mais surtout les restaurants, sont parmi les lieux les plus communs où ces rencontres avec la communauté ont lieu.

4.1.5 LA MOBILITÉ ET LES DÉPLACEMENTS EN TRANSPORT EN COMMUN

L'exploration de l'appropriation de l'espace par les résidents des 4 maisons d'hébergement nous a permis d'approfondir leur mobilité dans le quartier et au dehors de celui-ci. Notre intérêt pour les trajectoires des participants répond à la volonté d'investiguer les conditions de marche dans leurs respectifs quartiers, ainsi que l'accès au transport en commun qui s'y retrouve.

Ce choix découle directement de la prise en compte du rôle primordial de la mobilité dans l'appropriation du territoire et dans l'épanouissement personnel de ses habitants.

Un environnement facilitant les déplacements des piétons par leur mise en sécurité aura sans doute l'avantage de renforcer l'autonomie de ses résidents en assurant l'accessibilité aux services de proximité. Enfin, favoriser l'indépendance des personnes aux prises avec un problème de santé mentale signifie les rendre libres de faire leurs propres choix et de développer ce sentiment d'indépendance qui semble s'accompagner d'un sentiment d'intégration communautaire dont on a discuté plus haut (Groleau, 2015). Afin d'être vraiment indépendant dans les déplacements, à l'intérieur comme à l'extérieur du quartier, un réseau de transport public efficace s'impose. Les effets positifs de l'accessibilité au transport en commun sur la santé mentale sembleraient, en plus, être confirmés selon l'étude menée à Turin (Italie) par Melis et al. (2015) montrant la corrélation positive entre accessibilité du territoire et état de santé mentale des répondants.

Dans le cas de notre enquête, le rôle joué par les services de transport dans la vie quotidienne de nos participants s'avère tout de suite très fort. Il est pertinent d'envisager que le fait de collecter les données

pendant la période hivernale ait poussé les répondants à se référer aux conditions extrêmes de l'hiver québécois. Toutefois, si on considère le fait que la saison d'hiver est très longue au Québec, il est probable que les réponses obtenues lors de notre collecte reflètent les modalités de déplacement le plus souvent utilisées pendant l'année.

L'autobus est, dans la majorité des cas, le moyen de transport le plus utilisé pour les déplacements à l'intérieur du quartier comme à l'extérieur : *« Je vais au Jean Coutu et Pharmaprix. En autobus c'est moins long. Mais des fois l'autobus est toujours en retard. Je l'ai attendu longtemps. Je me suis gelée les pieds parce qu'il fait froid (A3). »*

Les déplacements de cette participante suivent des parcours bien précis qu'elle tient à nous détailler, mais l'autobus reste pour elle une aide précieuse de tous les jours et lui donne une complète autonomie d'action :

« Pour aller au Jean-Coutu, je prends « d » devant la résidence et puis je prends l'autobus. Mais quand je marche c'est différent de quand je prends l'autobus. Quand je suis paresseuse pour marcher alors je prends l'autobus jusqu'à Jean-Coutu sur « a ». Mais quand je marche, je prends « d » devant la maison, je vais à droite sur « a », puis je tourne à gauche, puis je marche jusqu'au Jean-Coutu. Pour aller au Pharmaprix c'est différent. C'est « d » devant la maison et puis je vais jusqu'à « e », je marche jusqu'à « f » ...non, pas jusqu'à « f », jusqu'au centre d'achat (A3). »

L'autobus peut d'ailleurs aussi devenir un outil de divertissement à travers lequel on peut s'évader du quotidien, peu importe la destination : *« Quand je prends le bus et le métro pour me rendre quelques parts c'est que ça me change les idées. [...] J'aime ça, ça me change les idées. Ça me change les idées. » (B1) ; « J'aime pas rester ici. [...] J'aime ça aller en voyage. Et aller dans les magasins... [...] Je sors nulle part...je vais jusqu'au dépanneur. Sinon je m'en vais au centre W (C2)... »*

Cette familiarité dans l'utilisation de l'autobus n'est cependant pas le cas de tous les répondants. Pour certains, comme monsieur R du secteur 2., « *...le métro, l'autobus... les gens...là où il y a beaucoup de monde* » (C3, en parlant des endroits qu'il n'aime pas fréquenter) ne sont pas des endroits où il se sent à l'aise. Ce n'est pas pour autant qu'il se prive de ses sorties. Bien au contraire, il nous confie : « *J'aime sortir, aller au café, prendre un café, un hot-dog avec l'école, prendre un burger, aller à l'école. [...] J'y (à l'école) vais à tous les jours oui, activement* (C3). »

Il nous explique alors quels sont les moyens de déplacement qui lui permettent d'avoir cette bonne mobilité : « *Je marche. Je n'ai pas d'automobile. J'ai un taxi adapté. C'est pratique pour les gens qui sont en santé mentale* (C3). » Le taxi adapté est donc la réponse aux difficultés en matière de mobilité et ça paraît répondre efficacement aux besoins et aux attentes de monsieur R. qui n'évoque aucune gêne par rapport à sa liberté de mouvement.

Les difficultés rencontrées par monsieur R. dans les transports en commun ne constituent pas d'ailleurs un cas isolé. En effet, toujours dans le secteur 2, monsieur S. dit n'apprécier pas forcément le fait de devoir prendre le bus : « *They made me nervous inside the bus. [...] I don't like taking the bus. They scared me.* (D1) »

Toutefois, cela ne l'empêche pas pour autant de se rendre régulièrement à l'école : « *I'm still going. I don't stop. I go to school. [...] I like it. (I go) Every Monday and Tuesday by bus.* (D1) »

Pour certains, l'utilisation du transport en commun a représenté un défi à relever pendant leur rétablissement, comme nous l'explique monsieur H. avec ses mots : « *I take metro and bus. [...] When I first arrived, I was afraid of metro but now I'm not.* » (D3); « *(Now) I go to the city. [...] Sometimes I can have two appointments per week but usually it's around once a week or once per two weeks.* (D3) »

Monsieur H. est parmi ces participants qui n'ont qu'une mobilité très limitée dans le quartier et qui quittent la maison d'hébergement pour des rendez-vous importants, souvent au centre-ville comme nous

le confie ici : « *It's actually difficult because I don't hang out very much but it's a really quiet neighborhood. [...] It's pretty small in the sense I don't go everywhere, you know.* (D3) »

À l'extrême opposé, nous retrouvons l'hypermobilité de madame M. (C2) qui identifie son quartier avec un très ample secteur d'action : « *V., L. (deux larges secteurs adjacents au secteur 2) c'est le quartier que je fréquente. [...] Ah beh moi je vais sur toute l'île de Montréal* (C2). »

En règle générale, la majorité des résidents sort au moins 1-2 fois par semaine dans le quartier et plusieurs d'entre eux y font une sortie quotidienne, comme nous pouvons le vérifier dans le tableau 7 à la page suivante. Les déplacements à l'intérieur du quartier peuvent se faire pour des questions utilitaires ou tout simplement comme forme de divertissement. Au contraire, les déplacements en dehors du quartier se font majoritairement pour des raisons médicales ou pour voir la famille : « *Sometimes I go downtown to see my psychiatrist and have my injections. [...] I take the metro and then the 144.* (D2) »

Cinq personnes sur 14 utilisent une voiture avec accompagnateur (taxi adapté, intervenant, membre de la famille) pour se rendre au dehors du quartier, tandis que le reste maintient un degré maximal d'autonomie même au dehors du quartier. Parfois, quelqu'un se déplace également pour cultiver sa propre passion personnelle, comme dans le cas de monsieur A. : « *I go by bus, the xxx bus to the metro and the yyy to the pet shop. [...] I stopped doing it. There's the ...the Montreal Aquarium Society. Sometimes I go there for my fish.* (D2) »

Dans le tableau 4 de la page suivante, nous avons résumé les habitudes de déplacements de tous les participants à notre recherche. Bien qu'il soit réducteur de vouloir faire une généralisation par rapport aux déplacements reportés dans notre tableau, à cause d'un échantillon bien trop restreint pour ce but, il nous est quand même possible de dresser quelques tendances sur la base de nos données.

#ID	Déplacements dans le quartier	Moyens de déplacement	Fréquence des déplacements	Durée des déplacements	Déplacement dehors du quartier	Moyens de déplacement	Fréquence des déplacements	Durée des déplacements
A1	-Pharmacie -Épicerie	-À pied	À chaque 3-4 jours	2 heures	-Hôpital -CLSC Secteur 1	-Bus -Métro	3 fois par mois	3-4 heures
A2	-Dollarama -Pharmacie -Centre d'achat J	-Bus -À pied	2 fois par mois	1-2 heures	-Hôpital -Centre chinois (Ville Saint- Laurent)	-Bus -Métro	1 fois par mois	Demi-journée
A3	-Pharmacie (Pharmaprix et Jean Coutu) -Banque	-Bus -À pied	2-3 fois par semaine	4 heures	-CLSC -Voir sa mère	-Voiture (avec un intervenant) -Bus	1-2 fois par mois	3-4 heures
A4	-Maxi -Mega Dépôt -Tim Horton -Dollarama -Église -Parc -Centre communautaire	-À pied -Bus	Chaque jour (centre comm.) ou 1-2 fois par semaine	1 heure	-Clinique médicale	-Voiture (avec un intervenant) -Taxi adapté	Pas précisé	Pas précisé
B1	-Jean Coutu -Épicerie -Bibliothèque -Restaurant	-À pied	Tous les jours	2-3 heures	-Hôpital R. -Hôpital H.	-Bus -Métro	2-3 fois par année	Demi-journée

B2	-Épicerie -Église	-À pied	Tous les jours	1 heure	-Longueuil (famille) -CLSC	-Bus -Métro	2-3 fois par année	2-3 heures jusqu'à une demi-journée
B3	-Restaurants -Dépanneur -Épicerie -Pizzeria	-À pied	Tous les jours ou 1-2 fois par semaine (pizza ou restaurant)	20-25 minutes jusqu'à 2 heures	-Rendez-vous médicaux -Centre d'achat	-Bus -Métro	4 fois par année	Demi-journée
B4	-Magasin d'électronique -Centre d'achat J -Centre d'achat U	-À pied -Bus	Au moins 2 fois par semaine	Variable (30 minutes-2 heures)	-Mascouche (famille) -Rivière des Prairies (médecin)	- Voiture (avec sa sœur) -Bus -Métro	Rarement (2- 3 fois par année)	
C1	-Centre communautaire -Centre d'aide -Dépanneur	-Bus -À pied	3-4 fois par semaine	Demi-journée	-CLSC Secteur 2 -Clinique médicale	-Bus -Métro	-Au besoin (pas précisé)	3-4 heures
C2	-Restaurant -Dépanneur	-À pied	Tous les jours	30 minutes- 1 heure	-Centre d'achat W -Centre-ville -Environs du secteur 2 (famille)	-Bus -Métro	2-3 fois par semaine	3-4 heures jusqu'à une demi-journée
C3	-École -Café -Pâtisserie -Hôpital -Dépanneur -centre d'aide	-Taxi adapté -À pied	Tous les jours ou au besoin (médecin)	2-3 heures jusqu'à une demi-journée	-Ancien quartier de résidence (famille)	-Taxi adapté	1 fois par semaine	Demi-journée

	-Médecin							
D1	-Épicerie -École	-Bus	2-3 fois par semaine	3-4 heures	-Walmart	-Voiture (avec un intervenant)	1-2 fois par mois	2-3 heures
D2	-École - Centre communautaire	-Bus	1-2 fois par semaine	3-4 heures	-Centre-ville (voir le psychiatre) -Montreal Aquarium Society	-Bus -Métro	1 fois par mois	Demi-journée
D3	-Pas de destination précise	-À pied	-Pas de fréquence précise, rarement	2 heures	-Centre-ville	-Bus -Métro	1 fois par semaine ou aux deux semaines	3-4 heures

Tableau 4. Trajectoires de mobilité des résidents

Dans le quartier où la maison d'hébergement est localisée, les résidents se déplacent surtout à pied, avec une fréquence moyenne de 2 fois par semaine et pendant un temps d'environ 2 heures en moyenne. Les destinations les plus fréquentées dans le quartier sont la pharmacie, l'épicerie et les centres communautaires. Pour ce qui concerne les déplacements au dehors du quartier, le bus et le métro demeurent les moyens de transport les plus utilisés, 1 ou 2 fois par mois en moyenne, pendant une demi-journée et afin de se rendre à des rendez-vous médicaux ou de visiter la famille.

4.1.6 LA MIXITÉ SOCIALE ET CULTURELLE

Bien que traité marginalement, le thème de la diversité sociale et culturelle dans le quartier mérite d'être cité parmi les thématiques de notre enquête. Nous avons en effet récolté, au cours des entrevues, deux témoignages significatifs au sujet de la mixité qui exemplifient parfaitement l'attitude de ces quelques répondants par rapport à cet aspect.

Dans le premier cas il s'agit d'un résident du secteur 1, qui s'exprime sur la mobilité résidentielle qu'il remarque dans son quartier avec les mots suivants : *« C'est sûr j'en ai choisi un (quartier) parce que c'est le coin le plus pauvre du secteur 1. Le coin le plus pauvre, mais le plus gratifiant à rester là. [...] Parce qu'il y a de nouveaux arrivants qui viennent passer 5-10 ans puis ils s'en vont plus dans l'Ouest du secteur 1 ou dans l'Ouest de Montréal (B3). »*

Loin de pouvoir conclure quoi que ce soit sur la base d'affirmations individuelles, qui pourraient n'être que des simples préférences, nous pouvons néanmoins prendre en considération ce constat du moins inattendu et s'interroger sur sa signification et sur la place du contexte socio-culturel dans notre enquête. En effet, bien que l'intérêt de notre étude porte plus spécifiquement sur les aspects physiques du milieu

d'insertion, il serait réducteur de vouloir en exclure des spécificités contextuelles, comme celles socio-culturelles qui, bien qu'immatérielles, sont susceptibles d'avoir un impact tangible sur le territoire.

Cette réflexion est d'autant plus cohérente à la lumière du deuxième témoignage formulé par un résident d'une des deux structures du secteur 2 qui ont pris part à notre recherche. Monsieur R., originaire du Maghreb, habite présentement une partie très résidentielle de l'arrondissement où le secteur 2 est localisé. Une fois questionné sur son appréciation générale de son quartier actuel, il met de l'avant tout de suite un caractère bien spécifique qu'on pourrait sans doute qualifier comme de la mixité sociale, ce qui nous explique lui-même à travers ces mots : « *Mon quartier il est bien. Il y a des gens bien de toutes sortes d'origines. [...] Mixte! J'ai habité à Montréal, à côté de l'Université de Montréal. C'est un quartier multiculturel. [...] J'appréciais ça (C3) !* »

L'attitude positive que nous avons constatée au sujet de la diversité sociale et culturelle dans le milieu de vie aurait sans doute mérité plus d'attention lors de notre enquête. Elle nous permet tout de même d'avancer quelques pistes de réflexion par rapport à la dynamique sociale du contexte d'insertion des maisons d'hébergement. Il serait en effet pertinent de se questionner sur l'aspect de l'anonymat que la mixité sociale engendre et l'inclusivité qu'une telle communauté serait susceptible de créer. Il n'est pas non plus à exclure que de telles préférences répondent plus à la projection très personnelle d'une vie au rythme urbain où se confondre dans le flot citadin. Ce ne sont que deux hypothèses qui ne s'excluent pas ni écartent pour autant d'autres explications. Il ne resterait que d'approfondir ce rôle positif joué par la mixité socio-culturelle afin d'en élucider les facteurs et évaluer les effets.

4.1.7 L'ESPACE VÉCU INTÉRIEUR

L'appropriation de l'environnement immédiat des résidents en santé mentale est modulée par une interface fondamentale : la maison d'hébergement. L'expérience que les résidents font de leur espace

intérieur est, en effet, susceptible d'avoir un impact important sur l'utilisation de l'environnement immédiat. La nature de leur rapport à la maison d'hébergement, positif et rassurant ou négatif et limitant, joue un rôle central dans l'épanouissement des résidents, puisqu'elle se situe véritablement au centre de leur zone d'appropriation, de leur « quartier ». Avec une mobilité souvent très limitée et concentrée dans un périmètre créé autour de la ressource résidentielle, celle-ci constitue non seulement le pivot du champ d'action des résidents, mais aussi le lieu d'expression de leurs propres univers personnels. Chacun des résidents interviewés a sa propre chambre, accommodée à son goût et gérée de façon autonome : *« Moi, j'aime la musique classique et le blues. Dans ma chambre, j'ai un système de son, une télé, deux guitares, une acoustique et une électrique. »* (B2) Parfois, les résidents disposent même de la clé de leur chambre, symbole de la pleine appropriation de leur propre espace : *« Chacun a ses règles à respecter. Chacun a sa serrure sur sa porte, sa clé. Tout le monde doit respecter le règlement (B1). »*

Des règlements régissent également l'ensemble de la structure quant à l'utilisation des espaces communs, surtout dans une résidence du secteur 1 :

« Beh, la salle à manger on ne peut pas être là tout le temps parce qu'il y a des heures pour être dans la salle à manger et il y a des heures pour ...beh c'est ça ...il y a des heures pour les médicaments, les médicaments ça suit les heures de la salle à manger. Il y a des collations ici, il y a des collations à 3h. Il y a du manger le matin...ça commence à 7h30- 7h40. Il y a déjeuner, le dîner à midi et le souper à 5h. C'est dans ces moments-là qu'on est dans la salle à manger (B3). »

« J'y vais (dans la cuisine) aux heures du déjeuner, aux heures de la collation, le soir pour souper à 5h, le soir vers 8h pour la collation et ils donnent les pilules. » (B1) Dans les autres résidences, par contre, les espaces communs sont utilisés à longueur de journée et constituent un espace de partage des activités et des tâches ménagères : *« J'aime ça passer le temps ici à la maison. Qu'est-ce que je fais (quand il reste à la maison) ... Je joue du piano (situé dans le salon), je fais de la musculation, je prends mes*

médicaments, on mange, je lave la toilette, je lave le parterre, je lave ma chambre » (C3) ; « Des fois je dessine (dans le salon), je fais les ménages, je fais à manger quand c'est mon tour de faire à manger aussi. » (C1) ; « J'adore être ici. Je joue, je dessine, je fais du bricolage...dans le salon ou dans la salle à manger. » (A2) Ces quelques témoignages sur l'utilisation de l'espace intérieur de la structure résidentielle, nous renseignent sur la qualité du rapport que les résidents entretiennent avec la maison d'hébergement. Dans la majorité des cas, les résidents se sentent très à l'aise dans leur espace de vie intérieur et participent au bon fonctionnement de la structure grâce à l'aide des intervenants et aux règles mises en place par les responsables. À partir de l'appropriation solide de ce noyau central qui est leur espace vécu intérieur, les résidents semblent être en confiance dans l'appropriation de l'espace vécu extérieur, de leur environnement immédiat. Seulement deux participants, dans le secteur 2, nous confient ne pas apprécier leur vie à la résidence : « *J'aime pas rester ici* » (C2) ; « *The only thing I don't like is the fact of being here* (D3). » Dans les deux cas, l'appropriation de l'environnement immédiat est très faible, mais constitue le résultat de deux dynamiques diamétralement opposées. D'un côté, C2 est une personne hypermobile qui ne s'approprie pas l'espace proche parce qu'elle préfère s'en éloigner. Elle a donc un périmètre d'action plus large que ceux des autres participants, mais l'utilisation de l'environnement immédiat reste minime. De l'autre côté, D3 perçoit son espace vécu intérieur comme limitant. La maison d'hébergement devient ainsi pour lui imperméable par rapport au monde extérieur, presque une barrière à l'environnement immédiat, dont il ne s'approprie guère. Ces deux exemples nous aident à mieux cerner le rapport entre l'espace vécu intérieur et extérieur, tout en confirmant l'hypothèse d'une influence directement proportionnelle du premier sur le deuxième. À la lumière de nos résultats, la maison d'hébergement vient donc occuper le rôle de cofacteur d'appropriation de l'environnement immédiat, au même titre que les autres éléments dont nous avons discuté dans cette section, dédiée aux résultats des entrevues. Malgré l'intérêt que l'espace vécu intérieur suscite en rapport avec l'environnement immédiat, nous allons nous concentrer, aux fins de notre recherche, sur l'espace vécu extérieur et ne traiterons l'intérieur que de façon marginale. Son importance est, tout de même, prise en

compte, mais limitée à sa dimension positive. En effet, puisque la majorité des résidents s'approprient l'espace vécu intérieur de façon positive, nous allons dorénavant considérer ce dernier comme facilitateur de l'appropriation de l'environnement immédiat.

Pour conclure, les thématiques parcourues le long de cette première section du chapitre 4, nous ont permis de systématiser les résultats des entrevues individuelles selon une logique thématique. De cette façon, nous avons parfois pu avancer quelques généralisations ou signaler les discordances. Bien que riches en termes de contenu et de détails, les entrevues structurées n'étaient qu'une première étape de notre processus de collecte de données. Dès la prochaine section, de nouvelles données vont enrichir nos résultats et accompagner notre enquête vers un autre horizon de lecture, celui de l'analyse des données picturales.

4.2 LES RÉSULTATS OBTENUS AU MOYEN DES CARTES MENTALES



Dans la première phase de collecte des données, les participants ont accepté de répondre individuellement à nos questions pendant une entrevue structurée d'une durée moyenne d'environ 30 minutes. À la fin de chaque entretien, nous avons demandé au répondant de dessiner son quartier afin de compléter la description qu'il nous avait fournie oralement avec une représentation imagée.

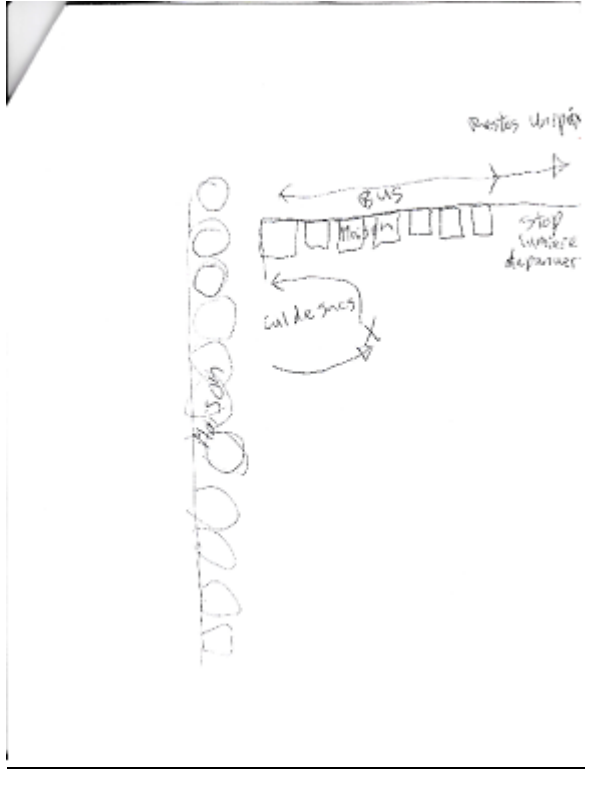
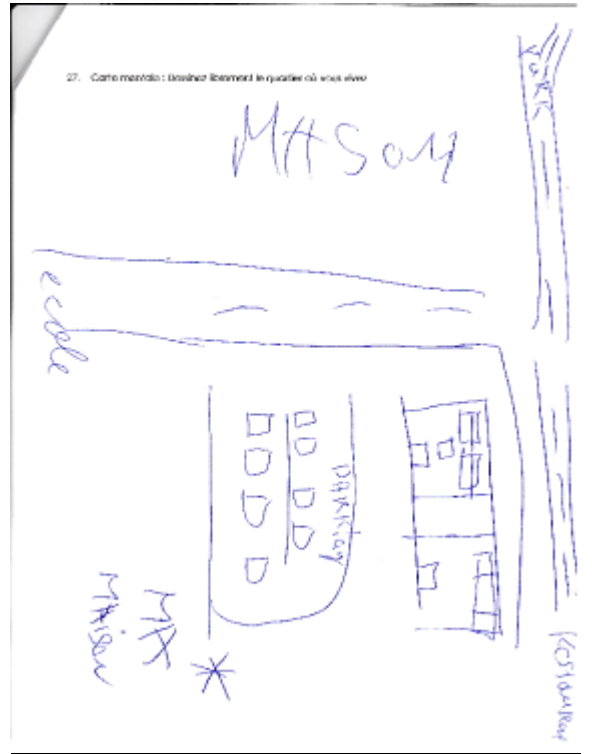
Nous avons d'abord expliqué au participant sa pleine liberté pour la réalisation du portrait quant au temps d'exécution, les couleurs, les formes utilisées, le droit d'utiliser des mots. Nous avons aussi précisé qu'il n'était pas obligatoire de prendre part à cette activité lorsque nous avons remarqué une attitude réticente venant du participant. Différentes couleurs ont été mises à leur disposition et la présence de la chercheuse-étudiante a été assurée pendant la réalisation de la carte mentale. Cet accompagnement a servi, d'un côté, à répondre aux questions concernant la bonne exécution du portrait et, de l'autre côté, à

garder une bonne interaction avec le participant afin de comprendre la signification de ses choix de représentation.

Les participants ont consacré en moyenne entre 5 et 10 minutes à la réalisation de leur propre carte mentale et dans la majorité des cas ont préféré utiliser un simple stylo et non pas les couleurs qui avaient été fournies. Sur 14 participants, 10 ont décidé de nous livrer leur représentation du quartier où ils demeurent.

Dans le tableau 5 à la page 99, nous avons regroupé tous les dessins récoltés pendant notre première phase d'enquête en plus d'identifier les éléments susceptibles de contribuer à notre travail de compréhension du rapport des résidents en maison d'hébergement avec leur environnement immédiat. Bien qu'une analyse approfondie de ces cartes mentales ne soit pas envisageable dans notre analyse, il nous est par contre possible de dégager quelques pistes de réflexion sur la base des éléments représentés par image et récoltés sous forme de récits pendant les entrevues.

ID#	Quartier de résidence	Éléments dessinés	Éléments interprétatifs	Carte dessinée après l'entretien individuel
A1	Secteur 1	<ul style="list-style-type: none"> -Résidence -Commerce -Transport public -Espaces verts 	<ul style="list-style-type: none"> -La résidence est dessinée en gros avec l'église adjacente -Des éléments naturels en vert autour -L'axe routier est à peine identifié, mais le bus est à côté de la maison -Le quartier occupe toute la feuille ; il constitue toute la réalité 	
A2	Secteur 1	<ul style="list-style-type: none"> -Aucun élément urbain -Des couleurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Le quartier n'est ici pas du tout représenté. On peut par contre remarquer une certaine harmonie dans la forme et émettre l'hypothèse d'un discret bien-être du participant par rapport à sa maison 	

C2	Secteur 2	<ul style="list-style-type: none"> - Résidence représentée par un X - Les autres maisons stylisées - Des mots pour indiquer les services - Axes routiers 	<ul style="list-style-type: none"> - La maison n'occupe que très peu d'importance - Participant très mobile - Les flèches indiquent du dynamisme le long des axes routiers - Le participant nous a dit de ne pas aimer rester à la maison - Son quartier est fermé et vide, fait partie d'un ensemble plus grand 	
C3	Secteur 2	<ul style="list-style-type: none"> - Axes routiers en évidence - Des destinations à la fin des rues pour indiquer leur direction - La maison dessinée avec un gros * 	<ul style="list-style-type: none"> - Le quartier est au centre et remplit toute la feuille - La maison n'a pas de forme précise, mais elle est identifiée avec l'épithète MA maison, presque à vouloir manifester l'appropriation qui en est faite. - Participant mobile, met en évidence les rues principales et ses destinations 	

D2	Secteur 2	<ul style="list-style-type: none"> -Toute la feuille remplie par le dessin -La résidence et l'école comme éléments majeurs -Quelques repères routiers -Des commerces -Quelques éléments naturels 	<ul style="list-style-type: none"> -Toute la feuille est occupée par le quartier qui est le scénario principal du participant -L'école est dessinée légèrement plus grande que la maison et avec plus des détails -Deux seules rues connectent les éléments entre eux et au reste -Les commerces sont représentés en bloc en bas à droite 	
D3	Secteur 2	<ul style="list-style-type: none"> -Résidence -Une seule rue à côté de la résidence -Arrêt de bus - Un café Tim Horton -Dépanneur 	<ul style="list-style-type: none"> -La résidence est le seul bâtiment représenté -La résidence est nulle part -Un café et un dépanneur sont identifiés, mais pas reliés à la résidence par des axes routiers -Le participant nous dit mal tolérer sa situation et ne jamais sortir -Le quartier fait partie d'un ensemble plus large non précisé, peut-être son ancienne vie 	

Tableau 5. Représentations mentales du quartier de résidence. (Présentation des résultats des cartes mentales reprise du modèle présenté par Bouchard, 2013, p. 100-104)

L'analyse des données obtenues au moyen des cartes mentales et leur mise en parallèle avec les informations récoltées lors des entrevues individuelles nous ont permis de dresser quelques éléments de réflexion autour de trois dimensions principales.

La première dimension concerne l'utilisation de l'espace mis à disposition pour dessiner le quartier. D'une façon générale, nous avons remarqué une tendance inversement proportionnelle entre saturation de la feuille et mobilité. En effet, lorsque le participant étale les éléments de son quartier sur toute la superficie libre, il aurait aussi tendance à avoir une mobilité limitée à ce secteur et ses environs. Plus souvent, la résidence occupe une place importante dans le dessin et son auteur serait plutôt enclin à se replier à l'intérieur de son habitation. Au contraire, la représentation du quartier sur une portion de la feuille semblerait indiquer que le participant se situe dans un ensemble plus large qui est aussi souvent sa propre zone d'action.

Pour ce qui concerne la deuxième dimension, nous allons nous concentrer sur la taille de la résidence dans la représentation mentale. Quand la maison d'hébergement se présente comme l'élément le plus important, il est pertinent de croire que l'espace vécu intérieur occupe aussi une place très importante dans la vie du participant et que la majorité de ses activités se passent à l'intérieur. Cet élément peut communiquer aussi le rôle positif joué par la structure sur la vie du résident, comme dans le cas de C1 (voir tableau 5) où la maison véhicule une image de protection et de bien-être. Au contraire, si la résidence n'est qu'un des éléments du dessin et sa taille ne diffère pas énormément des autres composants, il est probable que le participant ait l'habitude de participer à des activités à l'extérieur de chez lui et soit, de ce fait, suffisamment mobile dans le quartier, comme dans le cas de B1.3 (voir tableau 5). L'absence de la maison peut d'ailleurs être aussi un indicateur efficace de la mobilité de l'auteur de la représentation mentale. Comme nous pouvons l'observer pour C2 (voir tableau 5), où la maison n'y est représentée que par un X à l'intérieur d'un tracé routier fermé presque à vouloir signifier une sorte d'étroitesse, ce qui nous est confirmé par les données d'entrevue. Le quartier de C2 est, en plus, dessiné

sur une partie seulement de la feuille et sa mobilité, pour revenir à ce que nous avons énoncé plus haut par rapport à la saturation, est en effet grande et s'étend bien au-delà du secteur de résidence.

L'insertion de détails concernant les commerces, les bâtiments et les noms des rues constitue la troisième et dernière dimension se dégageant de l'analyse, sur laquelle nous allons nous concentrer. En effet, lorsque les détails sont concentrés sur un bâtiment en particulier, que ça soit la résidence ou une autre structure, comme l'école dans le cas de D2 (voir tableau 5), il est probable que le participant y assigne une priorité aussi dans sa vie quotidienne. Les détails peuvent, par contre, être nombreux, mais plus éparpillés, comme dans le dessin de B3 et, partiellement, dans celui de B2. Dans ces cas, l'attention est portée au quartier, à l'ensemble de ses éléments qui portent souvent des étiquettes pour les reconnaître. Ce type de représentation pourrait bien symboliser l'existence d'un lien avec le quartier, d'une dynamique active sur et avec le territoire.

En conclusion, ces quelques réflexions, loin d'être une lecture exhaustive des cartes mentales, nous ont néanmoins aidés à regrouper les données des entrevues individuelles dans une image personnalisée de l'environnement immédiat propre à chaque participant. De façon générale, nous pouvons observer des cartes très locales, plus ou moins riches d'éléments urbains, tels que le tissu ou le bâti, mais essentiellement axées à une échelle compatible avec les environs de la ressource résidentielle. Ceci vient confirmer l'idée d'une mobilité limitée des résidents en santé mentale, sinon très limitée. Quelques cas font tout de même exception, comme les cartes de B3, C2 et D3 (voir tableau 5) où le quartier occupe seulement une partie de la feuille. Ce détail nous permet d'avancer l'hypothèse que ces résidents sont conscients d'être insérés dans une réalité urbaine plus vaste, qu'ils utilisent à l'occasion, qui n'est cependant pas indiquée dans les cartes. Leur mobilité à l'extérieur du quartier est donc peut-être plus grande, ce qui nous est confirmé par les entrevues, mais leur appropriation du territoire reste locale, comme pour les autres résidents, et quelques fois très limitée, comme l'absence de détails nous le suggère.

4.3 LES ÉLÉMENTS RECUEILLIS LORS DES GROUPES DE DISCUSSION

La deuxième phase de notre collecte de données a été réalisée sous la forme de groupes de discussion. Dans chaque résidence qui a pris part à notre projet, nous avons mené un groupe de discussion auquel ont participé les résidents qui le souhaitaient et qui avaient déjà répondu à nos questions au cours d'une entrevue structurée, lors de la première phase de recherche.

Les groupes de discussion que nous avons menés sont donc au nombre de 4 et ils ont été réalisés une ou deux semaines après la fin des entrevues. La participation à cette deuxième phase n'a pas été complète, puisque certains des répondants aux entrevues ont préféré ne pas être présents lors des groupes de discussion. Ici, une réflexion sur l'outil méthodologique utilisé dans ce deuxième stade de recherche s'impose.

En effet, bien que le groupe de discussion ait été choisi dans le cadre de notre projet pour son potentiel exploratoire d'une vision collective de l'espace immédiat, la dynamique des 4 groupes n'a pas toujours été significative et a dû être stimulée par l'animatrice. Celle-ci a encouragé et modéré les interventions au sein du groupe, afin de pouvoir assurer une participation équilibrée de toutes les personnes présentes qui parfois se trouvaient mal à l'aise dans cette activité sociale.

Les groupes, formés de 2, 3 ou 4 personnes, ont, malgré tout, été précieux à notre réflexion sur le quartier. En effet, ils nous ont permis, d'un côté de poursuivre l'exploration de quelques hypothèses découlant des résultats d'entrevue et des cartes mentales, et de l'autre côté d'esquisser la perception collective du groupe par rapport à son propre milieu de vie. Notre démarche a suivi ainsi un mouvement du particulier au général. Les détails réunis pendant les entrevues et de l'analyse des cartes mentales nous ont permis de construire 4 thèmes d'analyse sur la base desquels nous avons élaboré des questionnements plus extensifs, sur les visions communes du quartier de la part des résidents. Après avoir recueilli ces informations pendant les groupes de discussion, l'élaboration d'un canevas investigatif pour l'analyse

des données selon la technique du questionnement analytique a suivi. Trois questionnements majeurs en lien avec les thèmes ressortis de l'analyse thématique des entrevues, ont été identifiés pour la lecture des données.

La première question que nous avons voulu soumettre à notre corpus concerne le rôle des services dans le quotidien des résidents. Une fois l'importance des services vérifiée auprès de chaque répondant, nous allons maintenant questionner nos données de groupe en résonance avec les données individuelles (micro) à une échelle plus grande (macro). La question que nous avons élaborée à ces fins est la suivante :

- Comment les services participent à la vie quotidienne des résidents des maisons d'hébergement en santé mentale ?

Comme nous l'avions déjà remarqué lors de l'analyse des entrevues individuelles, les services occupent beaucoup de place dans les récits des participants et, par conséquent, dans leur vie quotidienne. Ils permettent notamment aux résidents de participer à la vie du quartier, d'organiser leur temps, de le remplir : *« Non je ne me sens pas triste ou malheureux parce que je vis ici...tu vois, j'ai toujours quelques choses à faire! Je vis tout le temps dans la réalité. J'ai tout le temps mes journaux à aller chercher... Il y a tout le temps quelqu'un à qui je peux parler... Quand je vais prendre le journal...Bonjour...Merci beaucoup...Au revoir (B3) » ; « rester à la maison dans la chambre, ça s'est pas... Moi je préfère m'évader le temps d'un café (B1). »*

Les services jouent aussi dans la formation d'un rôle social des résidents au sein de leur propre communauté : *« C'est comme moi...que je fais toutes les commissions ici pour Monsieur L. (le responsable) et pour lui (en indiquant un participant). [...] C'est moi qui s'en occupe (B1). »* Ils agissent enfin, pour certains, comme catalyseurs puisqu'ils encouragent les participants à « être dans la réalité » : *« comme le centre de loisirs, le centre de loisirs il y a des activités là! Il y a des choses à faire, il s'agit simplement d'y aller! On se lève un matin puis on y va ...c'est merveilleux, c'est vivant (B3) ! » ;* ils les aident et à se mettre à l'épreuve : *« C'est une question de vouloir faire ça. On est capables de faire ça.*

Moi je suis heureux. Vous voyez...des petites douceurs, des petits restaurants, un petit café-là, un petit repas là (B3). »

En particulier dans le cas du secteur 1, nous avons pu distinguer un certain consensus au sein des groupes de discussion au sujet des services et de l'autonomie que leur présence réserve aux résidents des maisons d'hébergement : *« Dans mon quartier, je peux aller chercher des choses. Je peux acheter des choses. »* (A2) ; la présence des services ouverts 24 heures par jour se veut, en plus, rassurant pour quelqu'un : *« Moi maintenant je vois beaucoup plus loin que ça...entre les deux centres d'achat il y a une foule de dépanneurs. Il y en a beaucoup. Il y en a au milieu et il y en a au fond. [...] c'est rassurant parce que à toute heure du jour on peut être dépanné alors quelqu'un peut au besoin acheter du pain, du lait, s'il a besoin de liqueur, s'il veut une tablette de chocolat (B3). »*

Nous sommes enfin en mesure de distinguer, à partir des récits obtenus dans le secteur 1, une desserte commerciale suffisante dans le quartier et très appréciée par nos participants. Cette desserte se situe le plus souvent dans l'environnement immédiat de la structure résidentielle, mais elle peut s'étendre un peu plus loin sans pour autant empêcher les résidents de s'en servir : *« Ici se trouve tout, se trouve tout... même si c'est pas dans l'environnement immédiat, mais il suffit de sortir... je vais pas aller au centre-ville pour ça (B3) ! »* Le même participant n'hésite pas à expliciter sa vision sur l'importance des services au quotidien : *« Mais habiter à la campagne loin de services, loin de tout...ce n'est pas un cadeau ça! »* (B3) et son opinion est partagée par les résidents présents, parmi lesquels monsieur R. qui continue la réflexion : *« C'est mieux d'être près du métro ou d'avoir une auto (B2). »*

Jusqu'ici, nous avons pu retrouver beaucoup d'éléments qui ressortaient aussi des entrevues. Cependant, une fois que nous analysons la question des services sous le prisme des résidents du secteur 2, les divergences commencent à surgir. Il s'agit non tant de différences au niveau du rôle que la desserte commerciale joue sur la vie quotidienne des participants, qu'au niveau de la présence tout court de services dans ce quartier. En effet, si pendant les entrevues nous avons pu comprendre le rôle positif

attribué aux services de la part des résidents, leur présence limitée sur le territoire, bien que mentionnée par certains, n'avait pas capté notre attention. Par contre, lorsque nous avons pu comparer les données des groupes de discussion des deux territoires à l'étude nous avons pu enfin compléter notre réflexion sur les services.

Nous pouvons donc maintenant affirmer que non seulement la desserte commerciale joue un rôle positif pour les résidents, dans leur quotidien, mais aussi que son absence crée un manque chez eux, reconnaissable dans les mots de monsieur R. : « *Ce qui ne me plaît pas est qu'il n'y a pas assez de restaurants ici. [...] Une pizzeria ou une pâtisserie à côté d'ici. Quelques choses qu'on peut payer qui n'est pas cher* (C3). » C'est une passion, celle pour les restaurants, qui n'est pas isolée: « *J'aime beaucoup aller au restaurant* (C1) » et qui ne semble pas satisfaite à l'échelle du quartier.

Plus généralement, les participants du secteur 2 ne bénéficient pas de la desserte commerciale dont profitent leurs homologues dans le secteur 1, ce qui nous est rapporté par monsieur A. : « *Far away. I have to go downtown.* » (D2, à la question: « *If you need to buy something or if you need a service, do you find everything you need near your house or do you have to go far from here?* ») Le manque de services de proximité déploré par monsieur A. semble jouer un rôle important non seulement en terme utilitariste et d'autonomie, mais aussi sur son appréciation du milieu de vie où il demeure : « *Here we are closed in. Sometimes here I feel closed in.* » (D2) Ce sentiment d'être enfermé est, d'après nous, susceptible de nuire à la bonne intégration de ce participant à son quartier et la solution qu'il nous propose est sans appel : « *-In your opinion, is there something that it would be good to change, to have more services here... (intervieweuse) -Change, more places to go.* (D2) »

Pour conclure, ce premier questionnement nous a permis d'un côté de vérifier le caractère essentiel que la desserte commerciale revêt auprès des résidents en tant que destination quotidienne et d'outil d'appropriation du territoire ; de l'autre côté, nous avons pu intégrer des informations quant à l'extension

de cette desserte dans les deux quartiers à l'étude, ce qui nous a finalement aidés à en dresser des portraits plus sophistiqués.

Le deuxième questionnement que nous avons élaboré suite au constat, découlant des entrevues, d'un rôle positif de la relation à l'autre est le suivant :

- Est-ce que le rapport à l'autre dans le quartier contribue véritablement à l'épanouissement des résidents et au développement d'un sentiment d'appartenance à leur milieu de vie auprès d'eux ?

Par rapport au sentiment d'appartenance, un résident du secteur 1 nous fournit un témoignage très parlant à travers ces mots : « *Il y a comme un lien d'appartenance entre les commerçants puis nous. C'est formidable. Il y a un beau lien entre eux et nous (B3).* » Si d'un côté il fait encore référence aux services, ce qu'il tient à nous souligner c'est le rapport qu'il entretient avec les personnes qui y travaillent. Le fait que, en plus, il parle pour tout le groupe nous indique aussi qu'il s'agit d'un sentiment répandu parmi les résidents, ce qui corrobore l'idée d'un lien étroit entre de bons rapports avec les autres résidents du quartier et l'intégration communautaire de nos participants. Ce point semble confirmé par un participant du secteur 2 qui nous parle de son voisinage : « *Moi j'ai une bonne relation avec les voisins. -Vous parlez des fois ? -Oui. Dans la rue. En français. Ils viennent de mon pays (C3).* » Ici, non seulement le fait d'entretenir des rapports cordiaux avec le voisinage peut contribuer au développement d'un sentiment d'appartenance, mais, en plus, des affinités de langue et de culture aident à son renforcement.

Pour ce qui concerne leur épanouissement au sein du quartier grâce, notamment, à la relation à l'autre, notre participant de secteur 1 va encore avoir des mots qui vont répondre de façon univoque à cette question : « *Même dans les années de la maladie, on s'améliore en étant avec quelqu'un, pas en étant isolés ! Alors c'est ça (B3) !* » L'idée du rapport à l'autre comme outil de rémission en situation de crise est ici à peine amorcée, mais elle déploie déjà sa portée aux fins de notre recherche. Il ne s'agit pas pour autant de s'intéresser à développer dans le quartier des occasions de rencontre avec un « autre »

quelconque : « *Déjà parce qu'il n'y a pas grand monde sur les trottoirs et déjà là c'est pas intimidant. Et ceux qui sont là n'ont pas l'air à chercher des mauvaises personnes. Je me sens confortable (B3).* »

C'est un environnement rassurant et des contacts humains cordiaux qui sont recherchés par nos participants, comme ceux avec les services d'ordre de la ville : « *Ils prennent soin des gens. C'est une police rassurante. Même pour nous. Si on est malades ou quelque chose... Oui, ils savent, ils ne t'oublient pas eux! Ils savent que dans le secteur 1 il y a des ressources...tu vois...ils s'occupent de nous (B3).* »

Nous retrouvons aussi une bonne ouverture à l'autre en général, et la capacité des résidents à voir des avantages concernant les nouveaux arrivants : « *Moi j'aime ça quand il y a des immigrants qui arrivent, nous autres aussi un jour on est arrivés. C'est des gens comme nous ici. C'est sûr qu'un jour nous on va partir, mais eux ils vont arriver. Il faut que les maisons ici soient dispo. C'est le juste retour des choses.* »

(B3) Cette attitude accueillante par rapport aux immigrants laisse par contre place à une réflexion plus pragmatique de la part d'un autre participant : « *On a besoin des immigrants pour travailler (B2).* »
 « *Oui, travailler et nous aider en plus...nous autres, ceux qui sont malades. Il va en avoir toujours (B3)* » ; « *Dans les prochaines années, ils vont développer le quartier parce qu'ils vont apporter le train. [...] Ils ont même aménagé, mais ils n'ont pas commencé à l'utiliser. Ça va emmener beaucoup beaucoup de gens ici, des gens qui travaillent (B3).* » Il s'agit alors d'une dynamique gagnant-gagnant, celle décrite par nos résidents du secteur 1, ce qui nous confirme leur tendance à faire de la relation avec l'autre un moyen pour avoir un rôle actif dans leur communauté et se sentir, ainsi légitimés à en faire partie.

En examinant les données des groupes de discussion menés dans le secteur 2 au moyen de notre questionnaire nous avons, par contre, accès à très peu de témoignages qui puissent y répondre convenablement. Les récits des groupes de discussion montrent plutôt le déploiement de la relation à l'autre dans des contextes propres à la relation d'aide, notamment la maison d'hébergement, ainsi que le centre communautaire et le centre de soutien. Sauf dans le cas de monsieur R. que nous avons rapporté ci-dessus et qui nous dit : « *Moi j'ai une bonne relation avec les voisins. -Vous parlez des fois ? -Oui.*

Dans la rue. En français. Ils viennent de mon pays (C3) », le rapport à l'autre dans l'environnement immédiat est inexistant : « Je ne parle pas vraiment avec les voisins, c'est un peu renfermé, tu sais (C1). » Un autre de nos participants du secteur 2 nous confirme : *« There's nobody I know here. [...] That's more downtown. It's more mixed. Here the neighbors don't talk to us. [...] It's better there. It's more downtown where I talk with people. (D2) »*

Encore une fois, grâce à l'analyse des données obtenues par les groupes de discussion, nous avons pu identifier des différences importantes, parmi les deux quartiers à l'étude, dans la relation avec l'environnement immédiat sous le prisme, cette fois-ci, du rapport à l'autre. Si, en effet, dans le secteur 1 le rapport à l'autre est le résultat d'une dynamique d'appropriation du territoire qui passe par les services, dans le secteur 2 le voisinage semble être imperméable et les rares services du quartier incapables de capter un public assez large pour animer le quartier.

La troisième et dernière question qui a guidé notre analyse se concentre sur le rôle des éléments naturels dans le quotidien des résidents des maisons d'hébergement. Notre questionnement à ce sujet a été donc formulé dans la forme suivante :

- Est-ce que les résidents des maisons d'hébergement en santé mentale trouvent que les espaces verts et les éléments naturels en général, contribuent à leur bien-être dans le quartier ?

Les résidents ont manifesté leur appréciation pour les éléments naturels à plusieurs reprises pendant les différents groupes de discussion. Dans le secteur 1 comme dans le secteur 2, les espaces verts occupent une place importante dans l'idée que les participants se sont faite de ce qui serait leur quartier idéal : *« A place where there's green grass in the backyard and trees (D2) »*. Toujours dans la volonté de connaître ce que les résidents aimeraient retrouver ou ajouter dans leur quartier, nous avons posé la question à un groupe du secteur 2 et monsieur S. nous a livré son souhait : *« Do you know what I think ? Nice trees, nice trees. » (D1)* Nous avons posé la même question au sein d'un groupe du secteur 1 et la réponse a

été : « *Les arbres. Des arbres. [...] Moi j'adore (s'asseoir dehors). Dans le jardin on a une balançoire* (A4). »

Bien que non représentatifs de la totalité des participants, ces deux témoignages confirment et renforcent l'idée d'un rôle positif des espaces verts sur la vie des résidents qui découle de l'analyse des entrevues. En particulier, il est intéressant ici de remarquer que les éléments naturels ont été choisis en tant que premier et unique aspect à améliorer pour rendre le quartier parfait à leurs yeux. Il ne s'agit donc pas d'un appendice du milieu de vie des participants, mais bel et bien d'un des aspects fondamentaux qui le forment, sinon le plus important, au moins pour les deux résidents cités ci-dessus.

Au-delà de l'embellissement que les espaces verts apportent au milieu urbain, il s'agit aussi d'en considérer l'utilité. Pour cela, un résident du secteur 2 semble avoir la réponse pour nous quand il parle d'un parc non loin de sa résidence : « *It's a very nice park. I go there alone just to relax a little bit and exercising.* (D2) » La présence de parcs à proximité de la résidence recouvre donc, dans ce cas, une double fonction. D'un côté, elle fournit au résident un environnement propice à la relaxation qui est une partie importante dans la gestion des situations de crise de nos participants ; de l'autre côté, elle lui permet de faire de l'activité physique dans un milieu naturel. Ce dernier aspect est d'autant plus important dans le cas des résidents aux prises avec un trouble mental. Il s'agit, en effet, de personnes qui iront difficilement s'inscrire dans une salle de sport, mais qui sont le plus susceptibles de retirer du bénéfice de l'activité sportive surtout à l'aire ouverte. À la lumière de ces considérations, il est important de voir les espaces verts parmi les éléments prioritaires à prendre en compte lors de la localisation des maisons d'hébergement en santé mentale.

En conclusion, la lecture transversale des données des groupes de discussion à l'aide d'un canevas investigatif structuré en trois questions, nous a permis d'approfondir certains des thèmes qui étaient ressortis lors de notre première phase d'enquête. Au niveau du rôle des services, nous avons pu constater des différences importantes en termes de desserte commerciale parmi les deux secteurs d'étude, ce qui

nous a fait réfléchir sur le potentiel que les services ont à offrir dans le cadre des modèles résidentiels en santé mentale. Concernant le rapport à l'autre, nous avons encore constaté un grand écart parmi les deux quartiers et leurs dynamiques sociales internes. Le lien entre desserte commerciale et relation à l'autre, dans la mesure où les contacts sociaux au quotidien se déploient majoritairement dans les commerces, là où ils sont présents, nous est apparu tout de suite évident. Par contre, si le dynamisme commercial du quartier n'est pas développé, les résidents auront tendance à se replier à l'intérieur de la maison d'hébergement et dans les centres de soin et d'aide affiliés à celle-ci, pour tisser leur réseau social personnel. Quant aux espaces verts, nous avons pu confirmer leur importance auprès des résidents et donc la pertinence de leur implantation à proximité des structures résidentielles en santé mentale et vice-versa.

5 DISCUSSION

L'analyse des multiples données obtenues pendant la phase de collecte nous a permis de dégager des résultats riches et féconds. Leur systématisation à l'aide d'un exercice réflexif et de balises théoriques rigoureuses est l'objectif du présent chapitre, qui se veut une démarche analytique à triple échelle. En effet, nous allons dans un premier temps nous concentrer sur les éléments de l'environnement immédiat qui participent au quotidien des personnes demeurant dans une ressource résidentielle en santé mentale. Pour leur analyse, nous allons nous servir de la théorie socio-écologique qui permettra une lecture de ces éléments à la loupe du rapport personne-environnement. Cette première partie nous permettra de répondre à notre premier objectif d'identification des facteurs environnementaux susceptibles de jouer un rôle sur le bien-être des résidents en santé mentale. Un deuxième niveau d'analyse des résultats sera fondamental pour approfondir les liens qui s'établissent entre les différents éléments, pour identifier la synergie qui se met en place et les effets que celle-ci crée sur le quotidien des pensionnaires des ressources spécialisées. Une lecture à l'aide de la théorie systémique sera adoptée pour répondre à la question du rapport que les résidents instaurent avec leur environnement immédiat. Il s'agit ici de considérer l'ensemble des éléments propre à cet environnement, ainsi que le caractère synergique de leurs interrelations, pour pouvoir enfin comprendre la nature des relations que les résidents bâtissent avec leur milieu de vie. Le troisième et dernier niveau d'analyse se propose d'externaliser la portée de nos résultats, à un niveau opérationnel et avec un objectif tout à fait pragmatique. Guidés par les principes propres à l'urbanisme favorable à la santé, nous allons réfléchir à nos résultats afin de leur donner un contenu programmatique et une structure opérationnelle qui prendra notamment la forme de recommandations, présentées en guise de conclusion du présent chapitre.

5.1 UNE ANALYSE DES COMPOSANTS DE L'ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT SOUS LE PRISME SOCIO-ÉCOLOGIQUE

La théorie socio-écologique s'avère un outil analytique précieux dans le cadre de notre recherche, puisqu'elle guide notre réflexion sur les résultats de façon systématique et, en même temps, compréhensive. Nous allons discuter notre corpus à la lumière du premier principe façonnant la théorie socio-écologique (Moos, 1976). Ce principe souligne comment, dans cette perspective analytique, il est important de prendre en compte les éléments physiques de l'environnement et, en même temps, les caractéristiques sociales. Le schéma présenté par Kloos et Shah (2009) à la figure 20, montre bien la panoplie de facteurs à considérer lorsqu'on veut étudier l'environnement immédiat des structures résidentielles en santé mentale sous le prisme socio-écologique. Ces facteurs, tous présents dans les récits des résidents interviewés, ne seront cependant pas tous approfondis lors de notre discussion. Notamment, le rapport aux responsables des structures résidentielles (« landlord » en figure 20) et aux autres résidents (« roommate » en figure 20) ne fera pas partie de notre analyse.

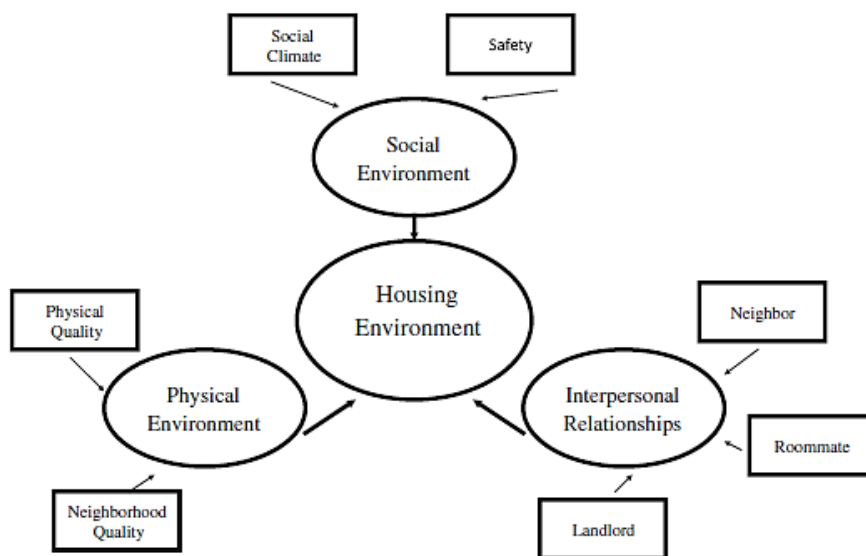


Figure 20. Les mesures de l'environnement physique et social pour l'étude des structures spécialisées (Kloos et Shah, 2009)

Les dimensions de l'environnement physique occupent une place importante dans notre recherche qui se consacre aux aspects de l'environnement immédiat susceptibles d'avoir un impact sur le bien-être des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. À ce sujet, nos résultats ont été parlants quant au lien positif qui lie une bonne qualité de l'environnement physique avec une meilleure appropriation de l'espace de la part des résidents en santé mentale. Il s'agit d'ailleurs de résultats qui vont dans le même sens que ceux d'autres recherches dans le domaine de la santé publique et de la géographie de la santé. Par exemple, Julien et al. (2012) soutiennent que “more walking-friendly neighborhood (Berke et al., 2007) were related to lower depressive symptoms or lower likelihood of possible clinical depression.” Schieman et Meersman (2004) affirment, par contre, que la présence de signes d'incivilités d'ordre physique serait liée à des symptômes dépressifs plus graves. Bien que ces études se réfèrent à la population générale et non aux personnes aux prises avec un trouble mental, il est possible, à la lumière de nos résultats, d'affirmer que la qualité de l'environnement physique immédiat est directement liée à l'appropriation de l'espace des résidents en santé mentale.

Nos résultats viennent confirmer ces conclusions à différents niveaux. En effet, la propreté de l'environnement immédiat, ainsi que son entretien sont parmi les premiers éléments à être mentionnés par les résidents interviewés. Il s'agit d'un aspect qui favorise leur sentiment de sécurité et, par conséquent, leur appropriation du territoire qu'ils sont fiers d'appeler « mon quartier ». En plus de l'entretien des lieux, leur embellissement est un aspect qui joue en faveur d'une plus grande appropriation territoriale. Dans le secteur 1 en particulier, la présence de bancs dans la rue et l'installation de bacs à fleurs pendant la période estivale sont deux éléments qui semblent recueillir l'approbation générale de nos répondants, en plus de susciter ce sentiment de fierté que nous avons cité plus haut. D'autres éléments de l'environnement physique encouragent une bonne santé mentale. Araya et al. (2007) s'expriment, en effet, ainsi sur les résultats de leur recherche sur 3870 adultes de Santiago, Chili: “There was strong evidence that individuals living in sectors with more desirable features such as better roads or more green areas had better mental health.” Bien que notre étude ne dispose que d'un échantillon très limité, en

nombre et représentativité de la population, par rapport à l'étude menée au Chili, notre corpus est néanmoins en mesure de corroborer les résultats de Araya et al., surtout pour ce qui concerne la présence d'espaces verts dans l'environnement immédiat. La nature est, en effet, perçue par la totalité des participants comme un élément extrêmement important pour leur bien-être. Selon eux, les arbres représentent l'élément naturel le plus désirable en milieu urbain et dont il faudrait encourager davantage la présence. Il ne s'agit pas d'un verdissement circonscrit à des espaces précis, tels que les parcs, mais plutôt d'un verdissement épars du milieu de vie, tout à fait cohérent avec le rôle de cofacteur de rétablissement que la nature assume dans la « Stress Recovery Theory » de Ulrich (1984, 1999). Pour sa part, le parc constitue pour plusieurs parmi les résidents interviewés, l'endroit par excellence où pratiquer un peu d'activité physique ou, tout simplement, un espace de détente très prisé surtout pendant l'été. Encore parmi les caractéristiques physiques de l'environnement à considérer lorsque nous nous intéressons à la santé mentale des résidents, la présence de services de proximité, tels que des magasins d'alimentation ou des restaurants, est un élément qui mérite d'être approfondi. Leur présence ou absence se manifestent très clairement dans les récits des participants. Lorsque la desserte commerciale est dynamique, comme nous l'avons constaté dans le secteur 1, l'autogestion du quotidien des résidents se fait souvent selon des trajectoires routinières qui intègrent un ou plusieurs services. Les services participent donc à la vie des résidents, leur présence les rend autonomes et constitue une interface efficace avec leur milieu de vie et le reste de la communauté. Les services exercent un véritable rôle d'agent de rétablissement pour certains des interviewés qui ont construit leurs trajectoires quotidiennes autour de ces endroits-clés. Nos résultats sont d'ailleurs totalement en ligne avec les conclusions de l'enquête de Garipey et al. (2015) sur la population canadienne entre 2000/1 et 2010/11. À la suite de cette étude, les auteurs ont pu conclure que: "The presence of any neighbourhood service, including parks, healthy food stores, fast-food restaurants and health services, was associated with a significant shift towards a lower probability of a depression symptom episode." Il est important de souligner que ces résultats s'appliquent, en particulier, aux personnes qui présentent une récurrence d'épisodes dépressifs faible ou

modérée. Cela peut convenir, en général, aux résidents des maisons d'hébergement en santé mentale, lesquels se trouvent, dans la majorité des cas, dans une phase de rémission de leur trouble mental et donc de stabilité quant aux symptômes, tels que les états dépressifs majeurs.

Les dimensions sociales de l'environnement immédiat participent, avec ses éléments physiques, au façonnement du milieu de vie et leur analyse est nécessaire pour appréhender nos terrains d'étude dans leur globalité et pour approfondir le rapport que les résidents instaurent avec ces derniers. Nos résultats nous ont permis de prendre conscience du rôle des éléments de l'environnement, à la fois physique et social, sur le quotidien des résidents en santé mentale interviewés. Ces derniers montrent une sensibilité particulière pour le climat social qu'on respire dans le quartier. La majorité d'entre eux affirme apprécier le type de fréquentation de leur environnement immédiat. D'un côté ils décrivent les personnes qu'ils peuvent croiser près de chez eux comme « des gens sympathiques » (C2), ou encore des gens qui « n'ont pas l'air à chercher des mauvaises personnes » (B3). De l'autre côté, ils tiennent à spécifier que des éléments perturbateurs tels que les itinérants, les gangs de rue ou les dealers de drogue peuvent avoir un impact très fort sur leur sentiment de sécurité et, par conséquent, sur leur bien-être. Ces résultats sont d'ailleurs pleinement compatibles avec l'étude de Newman et al. (1994) qui démontrait un lien étroit entre un milieu de vie avec peu de signes d'incivilité d'ordre social et une meilleure santé mentale.

En général, pour les deux quartiers à l'étude, les résultats nous indiquent un très bas niveau d'incivilités d'ordre social, quoique les résidents du secteur 1 présentent un niveau d'alerte plus élevé face à la criminalité des gangs de rue, surtout en soirée et pendant la nuit. Pour ce qui concerne, encore, les dimensions sociales de l'environnement immédiat, il est important de souligner comment la présence des services d'ordre peut être sécurisante pour les résidents. Le sentiment de sécurité est notamment encouragé par la proximité du poste de police à la résidence, que ça soit dans le secteur 1 ou dans le secteur 2. Finalement, la régularité avec laquelle les employés de la ville prennent soin du quartier permet aux résidents de développer une certaine familiarité à leur égard, qu'ils décrivent comme sécurisante, et d'instaurer un climat de confiance avec leur milieu de vie par lequel ils se sentent protégés. À la lumière

de tout ce qui précède et conformément aux constats de Lehtinen et al. (2005) et de Evans (2003) qui associent une faible santé mentale avec un support social limité, nos résultats sont en mesure de confirmer l'influence que les dimensions sociales de l'environnement exercent auprès des résidents des maisons d'hébergement en santé mentale.

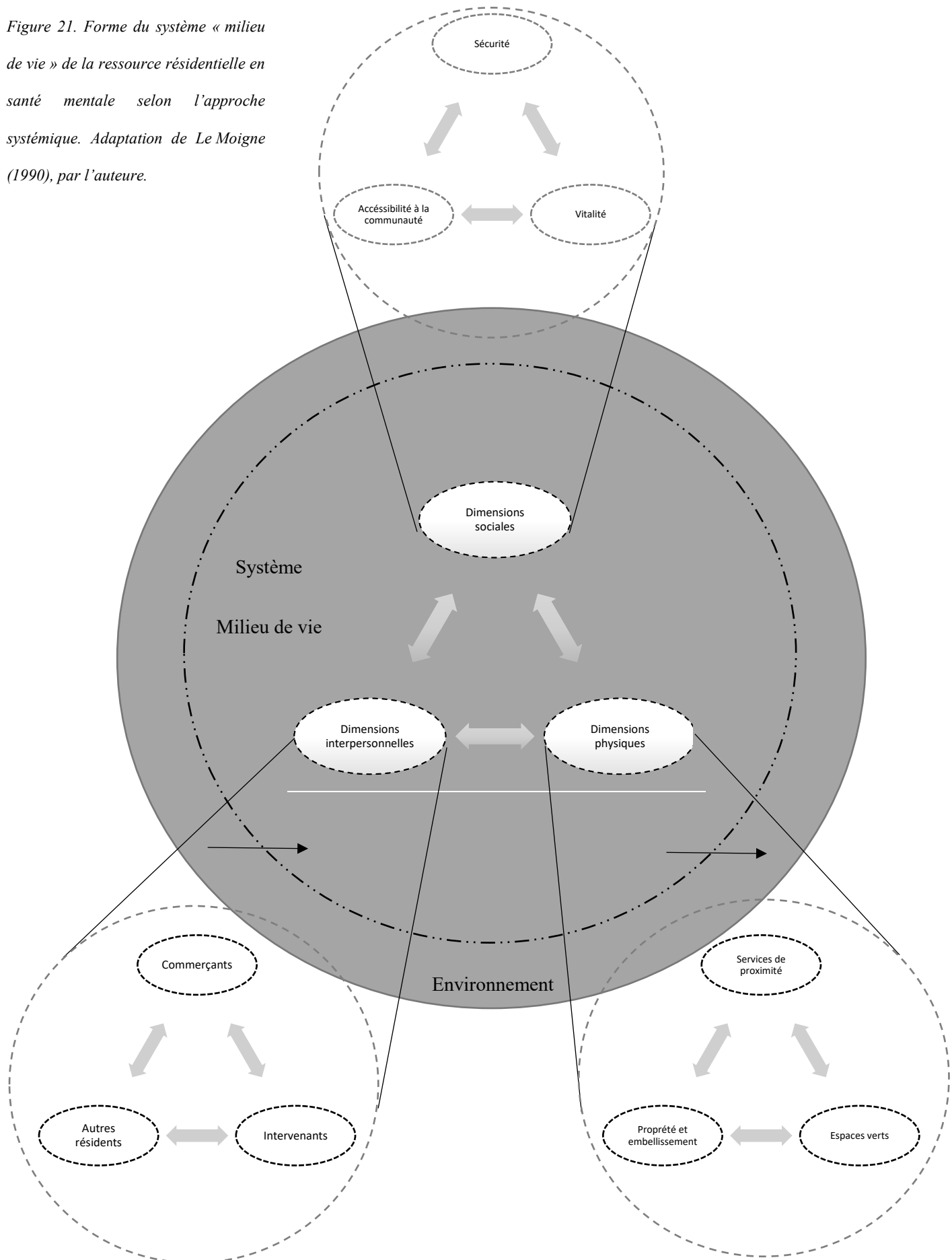
Il existe une dimension de l'environnement immédiat beaucoup moins tangible, mais d'importance fondamentale dans notre lecture socio-écologique du milieu de vie des résidents en santé mentale. Il s'agit des relations interpersonnelles qui prennent place dans l'environnement immédiat. Différentes personnes peuvent participer à ces échanges à des niveaux spécifiques et avec des rôles divers. Par exemple, comme nous l'ont appris les récits des résidents, le rapport à l'autre se développe souvent à l'extérieur de la maison d'hébergement où les résidents rencontrent quotidiennement d'autres personnes, telles que les commerçants et les restaurateurs. Avec ces derniers, ils ont souvent cultivé un rapport cordial, de confiance et bienveillance réciproques qui aide les résidents à se sentir acceptés. Les échanges avec les autres résidents de la maison d'hébergement, par contre, ne sont en général pas recherchés ou souhaités par les interviewés, mais ne constituent non plus un obstacle dans l'appropriation de l'espace intérieur. Dans la plupart des cas, les participants utilisent tous les espaces disponibles dans la ressource résidentielle, y compris les aires communes, telles que le salon et la cuisine. Ils apprécient, en tout cas, l'espace privé de leur chambre qui participe à la construction de leur chez-soi et encourage leur autonomie. Dans la gestion des tâches quotidiennes, la relation d'aide avec les responsables des maisons d'hébergement et avec les intervenants, bien qu'elle n'ait pas directement fait objet de l'étude, se dégage comme outil précieux pour les résidents qui n'hésitent pas à nous en parler tout au long de leurs interviews. Ces relations accompagnent les résidents à différents moments de leur journée, pour suggérer et faciliter l'accomplissement de certaines tâches, pour la gestion de l'argent ou pour de l'écoute active. La présence des intervenants participe donc de la construction du chez-soi des résidents des structures résidentielles en santé mentale et nécessite donc une attention toute particulière. Elle agit, en effet, au niveau de la dimension du rapport à l'autre, qui participe, avec la dimension physique et celle sociale, de

l'appropriation de l'environnement immédiat. Cette lecture socio-écologique de l'environnement immédiat à trois dimensions révèle toute la complexité dont ce dernier est porteur. À la lumière de cette complexité, nous avons choisi de poursuivre, dans la section qui suit, notre analyse des interrelations parmi les éléments propres à chaque dimension environnementale, selon une approche systémique.

5.2 UNE LECTURE SYSTÉMIQUE DES RELATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT

Le choix d'une lecture systémique dans cette deuxième phase d'analyse et d'approfondissement des résultats s'inscrit dans notre volonté d'adopter une approche globale, une vision à vol d'oiseau qui nous permette d'observer les relations entre les éléments, sans nous concentrer sur ces derniers. La théorie socio-écologique nous a déjà permis, dans la première phase d'analyse, d'identifier les dimensions de notre système « environnement immédiat », et d'en décortiquer les éléments propres à chacune de ces dimensions. Dans cette section, concernant la deuxième phase d'analyse, notre intérêt se concentre sur les dynamiques internes à ce système pour en déceler les synergies et, par conséquent, identifier les terrains à cibler dans notre stratégie d'action sur le territoire. Le schéma que nous proposons en figure 21 résume nos résultats sous forme systémique et nous aide à prendre conscience des multiples interrelations qui composent la dynamique globale du système « milieu de vie » relatif à la structure résidentielle spécialisée en santé mentale. Parmi toutes les synergies qui pourraient potentiellement agir au bénéfice d'une meilleure appropriation de l'espace par les résidents, nos données nous ont poussés à approfondir deux dynamiques particulières du système « milieu de vie », lesquelles apparaissent dans les récits de nombreux participants et semblèrent ainsi être les plus susceptibles d'encourager une utilisation de l'espace favorable à la santé mentale.

Figure 21. Forme du système « milieu de vie » de la ressource résidentielle en santé mentale selon l'approche systémique. Adaptation de Le Moigne (1990), par l'auteur.



La première dynamique prend son origine dans le sous-système des dimensions physiques de l'environnement immédiat, notamment dans son élément « services ». La présence de services de proximité crée une dynamique commerciale susceptible d'engendrer un flux double. Les effets engendrés se reflèteront d'un côté sur le sous-système social puisque la vitalité de la desserte commerciale encouragera un dynamisme de quartier facilitant le sentiment de sécurité des résidents et donc leur appropriation du territoire. De l'autre côté, la dynamique commerciale touchera le sous-système interpersonnel, du fait que les services de proximité agissent comme interface des résidents avec la communauté du quartier. Ils augmentent donc les occasions d'interaction avec les gens, que ça soit les commerçants ou d'autres résidents. La richesse des interactions peut limiter l'isolement social et encourager l'introduction des pratiques et des trajectoires quotidiennes dans l'espace. Le rapport à l'autre, peut donc travailler en synergie avec le sous-système physique, les services, dans la finalité commune de faciliter l'appropriation du territoire à travers une meilleure intégration communautaire.

La deuxième dynamique que nous allons présenter découle également du sous-système physique, mais d'un élément différent, c'est-à-dire de l'entretien des lieux. Cet aspect de l'environnement immédiat travaille fortement en synergie avec le sous-système social pour une double raison. En effet, le personnel de la municipalité qui s'occupe de l'entretien urbain est en même temps un élément de la communauté qui engendre un sentiment de sécurité chez les résidents par sa présence dans le quartier et par le contrôle qu'il exerce sur le territoire. Cet engrenage composé des deux sous-systèmes, physique et social, est en outre susceptible d'avoir un impact positif sur le sous-système interpersonnel puisque le sentiment de sécurité, susceptible d'améliorer l'appropriation de l'espace de la part des résidents, peut ainsi jouer favorablement sur le rapport avec la communauté.

Il ne s'agit que de deux dynamiques que nous avons sélectionnées en fonction de leur portée aux fins de notre recherche, mais la direction et la force des flux qui gèrent le système tout entier sont beaucoup plus nombreuses et mériteraient une analyse plus approfondie qui ne relève pas du présent travail. Dans le cadre de notre recherche, les dynamiques présentées justifient notre posture dans la conception des

critères opérationnels finalisés à orienter le choix des terrains d'implantation des nouvelles ressources résidentielles en santé mentale. Leur élaboration s'inspire des principes de l'urbanisme favorable à la santé qui fera l'objet de la prochaine section.

5.3 DE LA SPÉCULATION THÉORIQUE AUX PRINCIPES OPÉRATIONNELS : VERS UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

Dans notre recherche, nous avons choisi de nous pencher sur le rapport que les résidents des structures résidentielles en santé mentale instaurent avec leur environnement immédiat, non seulement pour l'intérêt théorique d'une telle démarche, mais également pour la portée pratique qui pourrait en découler. Si nous avons réussi, jusqu'ici, à remplir notre tâche d'identification des éléments qui jouent un rôle dans le rapport des résidents avec leur milieu de vie, il nous reste à réfléchir à la forme la plus appropriée à donner à nos résultats pour qu'ils puissent révéler tout leur potentiel opérationnel.

Pour poursuivre cette réflexion, nous avons choisi de nous inspirer des principes de l'urbanisme favorable à la santé (Reyburn, 2010). Cette préférence se justifie d'abord à travers le concept de santé qui, dans sa définition de l'OMS (1946), représente « un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». Ensuite, l'urbanisme favorable à la santé prend en compte l'ensemble de déterminants de la santé, dans une vision compréhensive, et propose un référentiel d'action pour guider les interventions sur le territoire.

Les critères opérationnels que nous proposons dans la prochaine section dédiée aux recommandations, font écho dans leur essence aux principes de l'urbanisme favorable à la santé. Leur degré de spécificité et leur cadre justificatif, par contre, en diffèrent quelque peu. C'est ainsi que nous espérons, avec notre recherche, pouvoir apporter un peu plus de lumière sur la santé mentale et lui donner une place à part entière dans la réflexion et les pratiques autour de santé-environnement. Le tableau 6 qui suit aidera le

lecteur à se familiariser avec l'ensemble des objectifs propres à l'urbanisme favorable à la santé et à situer nos critères dans ce référentiel.

Déterminants de santé	Objectifs visés (pour un Urbanisme favorable à la santé) et quelques éléments d'appréciation
Famille I : modes de vie, structures sociales et économiques	
1- Comportements de vie sains	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser les déplacements et modes de vie actifs Inciter aux pratiques de sport et de détente Inciter à une alimentation saine
2- Cohésion sociale et équité	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la mixité sociale, générationnelle, fonctionnelle Construire des espaces de rencontre, d'accueil et d'aide aux personnes vulnérables
3- Démocratie locale/citoyenneté	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la participation au processus démocratique
4- Accessibilité aux équipements, aux services publics et activités économiques	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accessibilité aux services et équipements
5- Développement économique et emploi	<ul style="list-style-type: none"> Assurer les conditions d'attractivité du territoire
Famille II : cadre de vie, construction et aménagement	
6- Habitat	<ul style="list-style-type: none"> Construire ou réhabiliter du bâti de qualité (<i>luminosité, isolation thermique et acoustique, matériaux sains...</i>)
7- Aménagement urbain	<ul style="list-style-type: none"> Aménager des espaces urbains de qualité (<i>mobiliers urbains, formes urbaines, ambiances urbaines, offre en espaces verts...</i>)
8- Sécurité-tranquillité	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la sécurité des habitants
Famille III : milieux et ressources	
9- Environnement naturel	Préserver la biodiversité et le paysage existant
10- Adaptation aux changements climatiques	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'adaptation aux événements climatiques extrêmes Lutter contre la prolifération des maladies vectorielles
11- Air extérieur	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité de l'air extérieur
12- Eaux	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité et la gestion des eaux
13- Déchets	<ul style="list-style-type: none"> Inciter à une gestion de qualité des déchets (<i>municipaux, ménagers, industriels, de soins, de chantiers...</i>)
14- Sols	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité et la gestion des sols
15- Environnement sonore et gestion des champs électromagnétiques	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité sonore de l'environnement et gérer les risques liés aux champs électromagnétiques

Tableau 6. Liste des déterminants de santé et des objectifs visés pour un urbanisme favorable à la santé, Roué-Le Gall et al., 2014, p. 33.

Les recommandations que nous allons formuler dans la prochaine section couvrent notamment deux des trois catégories d'intervention visées. Pour ce qui concerne la première famille, nous allons nous concentrer sur les trois déterminants de la santé cohérents avec nos résultats de recherche. Il s'agit du numéro 2 concernant « cohésion sociale et équité », du numéro 4 sur l'« accessibilité aux équipements,

aux services publics et activité économique » et du 5 autour du « développement économique ». Dans la deuxième famille de déterminants, nous avons choisi de nous occuper de l'« aménagement urbain », comme nous l'indiquaient nos résultats. Pour l'ensemble des critères que nous avons élaborés, nous avons respecté la totalité des principes subjacents à l'approche de l'urbanisme favorable à la santé (Reyburn, 2010). Le principe d'équité a inspiré l'élaboration de tous les critères que nous allons proposer, et répond pleinement à notre volonté d'encourager une ville de plus en plus inclusive, surtout vers les catégories de personnes plus vulnérables. La durabilité est un principe de cette approche urbanistique cohérent avec l'idée d'implanter des ressources résidentielles en santé mentale là où le milieu est le plus propice à faciliter le rétablissement, sur le long terme. Le principe de la coopération intersectorielle se réalise obligatoirement dans la mise en œuvre des critères qu'on prône, puisque la collaboration entre les services de santé et la municipalité est la seule démarche possible pour aboutir à des solutions concrètes en matière de logements spécialisés en santé mentale. Il est aussi pertinent de rappeler que le fonctionnement systémique du milieu, que nous avons présenté plus haut, présuppose déjà une coopération parmi les dimensions qui le composent. Finalement, le quatrième et dernier principe de l'urbanisme favorable à la santé veut que la participation de la population soit assurée. Pour ce qui concerne cette recherche, non seulement notre démarche méthodologique a été conçue pour assurer la parole à une population bien précise et vulnérable, mais, en plus, notre finalité précise vise le renforcement du pouvoir d'agir de cette catégorie de personnes et, de surcroît, de l'ensemble de la population.

5.4 RECOMMANDATIONS

La prise en compte des caractéristiques environnementales dans le choix des nouveaux sites d'implantation des structures résidentielles en santé mentale s'avère, à la lumière des résultats de notre

enquête, d'une importance fondamentale. En effet, si d'un côté nous avons pu démontrer que l'environnement immédiat influe réellement sur la qualité de vie des résidents en santé mentale, de l'autre côté, nous avons aussi pu reconnaître quels sont ces éléments environnementaux, physiques et sociaux, susceptibles de jouer un rôle majeur sur l'épanouissement et la gestion du quotidien des personnes souffrant d'un trouble mental. Nous avons notamment identifié la desserte commerciale de proximité, la présence d'éléments naturels, l'existence d'une communauté active sur le territoire et un réseau dense et efficace de transport collectif, comme étant les composants incontournables à retrouver dans un milieu de vie favorisant l'épanouissement des résidents des maisons d'hébergement en santé mentale, et vraisemblablement de tous les autres résidents. Loin de pouvoir dresser le portrait du quartier idéal pour la réinsertion des patients psychiatriques, ne serait-ce que par l'hétérogénéité que cette catégorie introduit en matière de préférences individuelles tout à fait légitimes, nous pouvons néanmoins avancer quelques considérations finales susceptibles de constituer des critères opérationnels dans le choix des sites d'implantation des nouvelles structures résidentielles en santé mentale. Face à l'augmentation des diagnostics en santé mentale, une réflexion sur les solutions résidentielles à mettre en place est urgente, mais elle ne doit pas faire abstraction des milieux de vie qui vont les accueillir. L'environnement immédiat est en effet susceptible, comme nous l'avons vu, d'avoir un impact sur la vie des résidents en santé mentale sur le long terme. Sa prise en compte préalable, à l'aide des critères ici proposés, peut donc contribuer à l'efficacité des structures résidentielles de deux manières. D'un côté, l'exploitation des ressources offertes par l'environnement immédiat peut mettre en valeur les potentialités des résidents et travailler en synergie avec tous les outils de soin mis en place, en amplifiant leur efficacité. De l'autre côté, un choix de terrain d'implantation compatible avec les critères avancés pourrait être un moyen de contrer les rechutes post-hospitalisation, associées avec des difficultés liées à la relocalisation du patient en maison d'hébergement et à son intégration dans le nouveau milieu de vie. Un milieu de vie non favorable à l'épanouissement de ses résidents peut, en effet, amoindrir ou même défaire les efforts de la personne souffrant d'un trouble mental sur le chemin du rétablissement et de la reconstruction de soi-

même. Le bien-être de tous les résidents d'un quartier étant l'objectif principal des professionnels de la planification urbaine, et par soucis d'inclusivité à l'égard des catégories plus vulnérables, telle que celle des résidents en santé mentale, il nous paraît pertinent de suggérer quatre recommandations fondamentales à suivre lors du processus de prise de décision sur la localisation des nouvelles solutions de logement en santé mentale. Le caractère opérationnel des critères qui suivent, se veut l'expression de notre volonté d'inscrire cette enquête dans le contexte territorial, dans la réalité urbaine et dans le quotidien des gens, dans le but d'apporter des réponses aux intervenants du secteur du logement en santé mentale, et de rendre la recherche toujours plus vivante, plus riche et plus féconde.

5.4.1 L'OFFRE DE SERVICES

Ce premier critère s'intéresse à l'état de l'offre de services, commerciaux et communautaires, tels que les bibliothèques ou les centres communautaires, dans l'environnement immédiat et a comme objectif de s'assurer que celle-ci soit vivante. Nous entendons par vivante, une offre de services variée, capable d'attirer une clientèle plus ou moins régulière, et conviviale en matière d'accessibilité et d'ambiance générale. Pour ce qui concerne l'accessibilité aux services, il est important de vérifier leur proximité à la maison d'hébergement et la marchabilité du chemin qui y conduit. Quant au caractère vivant, propre à la desserte commerciale, il est pertinent d'observer la diversité de l'offre de proximité pour évaluer sa capacité à approvisionner, au moins des produits de base, un public avec une mobilité très limitée, comme les personnes souffrant d'un trouble mental. Il s'agit dans les deux cas, premièrement, de garantir le maximum d'autonomie aux résidents des maisons d'hébergement, même à ceux qui ne se sentent pas à l'aise d'utiliser le transport en commun. Deuxièmement, nous voulons rappeler que les services jouent un rôle fondamental dans le quotidien des résidents interviewés, notamment dans la construction du rapport à l'autre. Le choix d'inscrire une structure résidentielle en

santé mentale dans un quartier avec une vie de quartier riche et dynamique répond, de ce fait, à la volonté de créer des occasions de rencontre et à faciliter, ainsi, l'intégration communautaire des résidents. Si nous nous concentrons sur l'aspect de la convivialité relatif à l'ambiance générale, il est important ici de spécifier qu'elle se réfère à la propriété des lieux et à leur entretien. Nous nous intéressons aussi au côté familial de ces commerces, et en général de tous les services, qui est souvent recherché par les résidents et qui est susceptible de créer la mise en confiance nécessaire pour une ouverture réciproque entre les commerçants et les résidents, ce qui peut avoir un impact positif sur l'intégration de ces derniers. Un élément spécifique à la convivialité des commerces, nous aide à faire un distinguo parmi les différentes configurations de l'offre commerciale. Malgré le rôle des centres commerciaux, qui proposent une offre commerciale très variée, et qui constituent une destination fréquente parmi les participants, une desserte commerciale de proximité avec des commerces de plus petite taille, semble mieux remplir cette double fonction, dont nous avons parlé plus haut. Ils peuvent assumer en effet, en même temps, le rôle de fournisseur de produits de base garantissant l'autonomie des résidents, et de catalyseur d'interactions sociales avec la communauté. En conclusion, pour ce premier critère, il est à retenir qu'un contexte territorial présentant une offre de services bien établie autour d'un groupe de commerces de petite-moyenne taille et de services communautaires familiers et amicaux, facilement accessibles et bien entretenus, constitue le milieu d'implantation à préférer pour les structures résidentielles en santé mentale.

5.4.2 LES DÉPLACEMENTS ET LE TRANSPORT COLLECTIF

Le deuxième critère à prendre en considération dans le choix d'un nouveau site d'implantation d'une solution d'habitation en santé mentale, concerne les modalités de déplacement à l'intérieur et à l'extérieur du quartier. Il s'agit ici de vérifier les conditions de marche dans l'environnement immédiat,

notamment au niveau de la présence et de l'entretien des trottoirs surtout pendant l'hiver, ainsi que des traversées pour les piétons et de la présence de mobilier urbain. Tous les éléments mentionnés ne constituent rien d'exceptionnel par rapport à ce qu'on peut considérer, en général, comme un environnement avec un bon niveau de marchabilité. À travers ce critère, nous voulons faire en sorte que les déplacements de résidents se fassent en toute sécurité, tout au long de l'année. Nous nous référons ici non seulement à une sécurité par rapport à l'environnement physique de marche, mais aussi à la sécurité par rapport à l'environnement social. En effet, comme nos données nous l'ont montré, l'entretien des lieux et leur embellissement jouent un rôle essentiel sur le sentiment de sécurité des résidents et sur leur appropriation de l'espace, ce qui rend évident la raison pour laquelle nous estimons si important de considérer ces facteurs environnementaux comme étant partie intégrante de ce deuxième critère. Un autre aspect de poids à être inclus dans ce même critère concerne la desserte en transport en commun. Bien que deux des participants n'utilisent jamais le transport collectif, la majorité des résidents interviewés recourent au réseau de transport en commun pour la grande majorité de leurs déplacements. Leur mobilité est donc grandement associée et, bien évidemment, dépendante de l'état du réseau de transport en commun. Sa densité et son efficacité sont susceptibles d'avoir un impact majeur sur l'autonomie des résidents et donc sur leur marge de manœuvre dans la gestion de leur propre vie. L'autogestion du quotidien, bien qu'assistée par le personnel, étant un des objectifs primaires des structures résidentielles en santé mentale, il paraît évident que le transport collectif devient un aspect essentiel à prendre en considération. Nous devons notamment nous assurer que sa desserte garantisse des liens efficaces du quartier avec l'extérieur, mais aussi, et surtout, à l'intérieur de celui-ci. En effet, le quartier, ou un de ses secteurs, constitue le périmètre d'action quotidien des participants à notre enquête qui ne sortent du quartier que rarement à l'occasion des visites médicales et à la famille. Malgré que ces sorties aient lieu à l'intérieur du quartier et, vraisemblablement, à distance de marche de la résidence, les participants utilisent beaucoup le transport en commun, et notamment l'autobus, pour leurs courts déplacements. Il est à signaler que le facteur climatique, propre à la réalité québécoise avec ses hivers très rigoureux,

justifie ce choix sur les moyens de déplacement et ne fait que renforcer l'importance d'une desserte en transport en commun efficace à toute échelle. Il existe néanmoins un aspect supplémentaire qui s'applique à ce cas d'espèce. Il s'agit de la spécificité propre à la catégorie des personnes visées par notre enquête, c'est-à-dire les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. L'évolution assez irrégulière que les troubles mentaux peuvent présenter, ainsi que la prise de médicaments pour les soigner, peuvent avoir différents types de conséquences sur l'état de santé général de la personne et sur sa capacité, par exemple, d'affronter même des courts déplacements à pieds. C'est la raison pour laquelle nous insistons sur l'importance de la prise en compte de ce deuxième critère regroupant la marchabilité de l'environnement immédiat et sa desserte en transport collectif. Finalement, en guise de corollaire à l'ensemble des raisons qui rendent le transport collectif si essentiel, il faut regarder au-delà de l'aspect utilitaire dont il est porteur. En effet, si on considère la tendance au repliement à l'intérieur que certains des participants nous ont affirmé être typique des situations de crise, il est pertinent de croire que l'accès au transport en commun puisse, dans certains cas, encourager les résidents à sortir et servir, de ce fait, d'outils de gestion de crise. Pour toutes ces raisons, la mise en place des futures structures résidentielles en santé mentale dans des milieux équipés d'un réseau de transport collectif dense et efficace, doit être encouragée.

5.4.3 LES ÉLÉMENTS NATURELS

La présence d'éléments naturels constitue le troisième critère que nous suggérons de prendre en compte, sur la base des résultats de notre enquête. En effet, pour plusieurs de nos participants, l'accès à un parc s'avère un élément qui non seulement participe à leur vie quotidienne, mais qui peut fonctionner aussi comme outil de prévention et de gestion de crise. Surtout pendant l'été, le parc devient souvent une destination pour la lecture, la relaxation ou pour faire de l'exercice. Sa proximité à la structure

résidentielle en santé mentale est donc un facteur important à considérer pendant la phase d'étude de faisabilité des nouveaux projets d'habitation spécialisés. Les espaces verts publics sont l'occasion pour plusieurs résidents de s'évader de la réalité urbaine, d'être en contact avec la nature et de bénéficier ainsi des effets positifs qu'elle procure. Il s'agit aussi d'un endroit qui encourage la marche et donc l'activité sportive modérée, si importante pour une bonne santé physique, mais aussi mentale. Cependant, il ne faut pas nier que pour quelques résidents interviewés le parc peut représenter une source de stress, un endroit où ils ne se sentent pas protégés. Même si dans ces cas spécifiques le parc ne contribue donc pas à la gestion des situations de crise et il peut même être susceptible d'exacerber le mal-être chez ces résidents, dans la majorité des cas, le parc est perçu positivement et utilisé fréquemment. En plus, il est important de souligner que, parmi les personnes qui ne se sentent pas à l'aise à se rendre dans un parc, une bonne partie nous avoue aimer y aller si elles sont en compagnie, mais trouver difficile d'y passer du temps tout seul. Certains des participants nous ont aussi fait part de leur appréciation pour les activités organisées par les intervenants de leur maison d'hébergement dans des parcs. Parfois, il s'agit d'activités organisées avec d'autres structures résidentielles spécialisées qui utilisent donc le parc comme point de rencontre et endroit de socialisations parmi les résidents. Le rôle positif que les espaces verts publics jouent dans la vie des résidents se confirme à la lumière de ce qui précède et corrobore l'importance de ce troisième critère proposé. Toutefois, il est important de souligner que le critère que nous encourageons ne se limite pas à la prise en compte des parcs dans le quartier, mais concerne, plus spécifiquement, tous les éléments naturels que nous pouvons retrouver dans un milieu urbain. En effet, si, comme nous venons de le voir, la perception et l'utilisation des parcs semblent mitigées pour certains des participants, l'appréciation des éléments naturels, tels que les arbres par exemple, est partagée par la totalité des résidents interviewés. La présence d'arbres a été souvent citée par les participants comme une des améliorations à apporter à leur quartier pour le rendre parfait à leurs yeux. Le jardin ou la cour arrière auxquels ont accès les résidents sont perçus « comme un plus » et utilisés l'été comme l'hiver (une résidente s'y assoit tous les jours pour prendre son café). Des activités de jardinage, comme planter des

fleurs et des légumes, sont très appréciées par les participants et se déroulent dans des petits espaces verts adjacents à la maison d'hébergement. Dans la réflexion sur ce troisième critère, il est donc nécessaire de considérer les éléments naturels comme une catégorie large, apte à prendre en compte le niveau général de végétation (le facteur « greenness ») des secteurs potentiels d'implantation des structures résidentielles en santé mentale.

5.4.4 LA COMMUNAUTÉ

Pour ce quatrième et dernier critère élaboré pour guider le choix des milieux d'insertion des futures structures résidentielles en santé mentale, nous avons choisi de nous concentrer sur un aspect plus social que physique de la réalité urbaine, pas pour autant moins important pour l'épanouissement des résidents. Tout au long de notre étude, nous nous sommes aperçus du rôle fondamental des interactions sociales dans le quotidien de nos participants. Il s'agit d'un aspect transversal à toutes nos observations et qui enrichit chaque élément physique que nous avons pu recenser comme nécessaire à encourager le bien-être de nos participants. Nous avons donc décidé de consacrer ce dernier critère au rôle qu'une communauté dynamique peut jouer pour ces résidents. Leurs récits nous ont éclairés sur les bienfaits que des interactions sociales fréquentes avec la communauté du quartier, représentée par exemple par les commerçants et les restaurateurs, peuvent avoir à l'égard du sentiment d'appartenance. Un lien d'appartenance semble se développer là où le résident ressent de l'acceptation, là où il est connu et compris. Tous ces aspects encouragent l'intégration communautaire des résidents de ces structures spécialisées, ce qui participe sur le long terme à leur processus de rétablissement. La présence de la communauté dans le quartier se manifeste donc dans les commerces, comme nous venons de le dire, mais s'extériorise aussi au moyen d'un dynamisme discret, mais constant, du va-et-vient des personnes sur les trottoirs, dans les magasins, à l'arrêt de bus. Cette vitalité quotidienne concourt au développement

d'un sentiment de sécurité chez les résidents, ce qui encourage bien évidemment l'appropriation du territoire de leur part. Il s'agit presque d'une sorte de contrôle social spontané qui se met en place lorsque la communauté est active dans le quartier, grâce entre autres au dynamisme commercial in situ. Ce contrôle social, qui s'avère être sécurisant pour les participants, se déploie également grâce à la présence active du personnel des services d'ordre de la ville. L'entretien, la propreté, l'embellissement et la quiétude de leur milieu de vie mettent en confiance les résidents et en encouragent une complète appropriation. Il est important de signaler que le but de cette dernière recommandation n'est pas de forcer les interactions sociales des résidents en santé mentale avec le reste de la communauté, mais bien d'assurer les meilleures des conditions pour que celles-ci puissent avoir lieu. Dans cet esprit, nous encourageons l'installation des nouvelles structures spécialisées en santé mentale dans un cadre spatial socialement vivant, mais capable en même temps de conserver une échelle humaine, dans laquelle chacun des résidents puisse trouver confortablement sa place et s'épanouir pleinement.

5.5 LIMITES DE L'ÉTUDE

La réalisation de cette recherche n'a pas été exempte de contraintes à différents niveaux, qui méritent d'être signalées en guise de conclusion du présent chapitre de discussion des résultats. Premièrement, il est nécessaire de s'attarder sur les limites liées aux spécificités de l'échantillon. Sa petite taille, 14 participants, et sa nature, non aléatoire, restreignent le potentiel représentatif de notre recherche. Cependant, le but de notre étude étant d'approfondir le lien instauré par les résidents des structures résidentielles en santé mentale, et non de décrire de façon exhaustive la réalité des maisons d'hébergement et de leurs contextes, la non-représentativité de notre échantillon ne nous empêche pas d'atteindre nos objectifs de recherche. Au contraire, la variété des données récoltées à l'aide de différents outils méthodologiques, et leur niveau de détails, font de notre étude un exemple réussi de recherche

qualitative à l'échelle microsociale. Une dernière considération autour de l'échantillon concerne le fait que la totalité de nos participants est composée de résidents qui sortent et utilisent le quartier. Nous n'avons pas eu l'occasion de poser des questions à ces résidents n'ayant aucune mobilité dans le quartier. Nous ne sommes donc pas en mesure de savoir si leur sédentarité est influencée par quelques caractéristiques environnementales décourageant leurs sorties. Quant au potentiel de généralisation de notre recherche, une certaine prudence s'impose et se justifie sur le plan des contextes où l'étude a eu lieu. Il ne s'agit, en effet, que de deux quartiers du territoire montréalais, en aucun cas entièrement représentatifs de l'ensemble des réalités urbaines de ce dernier. Les terrains d'étude qui ont abrité notre étude demeurent, toutefois, parmi les secteurs qui comptent le plus grand nombre de structures résidentielles en santé mentale. De ce fait, même s'ils ne sont pas en mesure de représenter la variété urbaine montréalaise, ils témoignent, de façon assez détaillée, de deux contextes d'implantation spécifiques des structures résidentielles en santé mentale. Une dernière réflexion autour des limites de la recherche, intéresse le plan méthodologique et notamment la deuxième phase de notre collecte de données. Pour celle-ci, nous avons choisi d'adopter le groupe de discussion comme outil méthodologique. Ce choix se justifiait à la lumière de notre objectif d'investiguer le lien des résidents avec leur quartier sous le prisme collectif, c'est-à-dire du point de vue du groupe des résidents d'une maison d'hébergement spécifique. Cependant, plusieurs contraintes se sont manifestées lors de cette phase de collecte. D'abord, le désistement de quelques participants avant les groupes de discussions en a changé la composition déjà très restreinte. Un groupe de discussion a, ainsi, vu la participation d'à peine deux personnes. Il est pertinent de croire que, dans ce cas, la dynamique du groupe des résidents n'a pas été pleinement explorée ni exploitée. La question de la dynamique est cependant plus large que la simple participation. Nous devons ici rappeler, en effet, que certaines personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, parmi lesquelles quelques-uns de nos participants, ne sont pas très à l'aise dans des situations sociales, comme à l'intérieur d'un groupe, et auront tendance à ne pas s'exprimer en public. Cette particularité a eu un impact important sur la dynamique du groupe et a obligé l'étudiante-

chercheuse, qui a animé les séances, à intervenir très activement pendant les discussions. Il est donc indéniable que l'inexpérience de l'étudiante-chercheuse s'est manifestée pendant la phase de conception du dispositif méthodologique et pendant celle de sa mise en œuvre. D'un côté, le choix du groupe de discussion comme outil de collecte de données n'a pas pris en compte les spécificités propres à la recherche en santé mentale. De l'autre côté, la conduction des groupes de discussion a peut-être souffert du rôle extensif, mais nécessaire dans le cas d'espèces, de l'animatrice, qui a pourtant gardé le niveau le plus haut de neutralité. Malgré les contraintes méthodologiques reportées, les données ont été récoltées dans le plein respect de la scientificité et de la rigueur auxquelles toute recherche se doit.

5.6 PERSPECTIVES

Bien que notre étude nous ait donné accès à une grande richesse de résultats et permis, par conséquent, une ample réflexion sur le rapport que les résidents des structures spécialisées en santé mentale instaurent avec leur environnement immédiat, elle nous a aussi éclairés sur quelques perspectives intéressantes pour la suite de notre travail de recherche. Il serait, en effet, pertinent de s'intéresser au regard que d'autres catégories de personnes, actives sur le même secteur, portent sur les résidents en santé mentale. Il s'agit notamment d'interroger le personnel des maisons d'hébergement, parallèlement aux résidents et avec une grille d'entrevue spécifiquement conçue, pour compléter le portrait sur les habitudes de vie des résidents avec des nouveaux détails. Il serait aussi intéressant de diriger notre regard à l'extérieur des structures résidentielles spécialisées, dans l'environnement immédiat, pour comprendre quelles sont les perceptions relatives à la santé mentale des personnes qui y travaillent ou y vivent. Nous parlons notamment des commerçants, des chauffeurs de bus et du personnel des services d'ordre public de la ville. Toutes ces figures sont présentes dans les récits de nos participants et sont susceptibles de jouer un rôle dans leur quotidien, ce qui rend évident notre intérêt à leur égard.

Conscients de l'importance d'impliquer la communauté dans toute intervention urbaine, à petite ou grande échelle, nous pensons que la mise en œuvre des critères opérationnels proposés plus haut doit passer par leur raffinement à la lumière des représentations de la communauté qui va accueillir les résidents en santé mentale. Finalement, sur le plan méthodologique, nous suggérons d'intégrer au dispositif de collecte de donnée une technique d'observation, telle que le parcours commenté, permettant au chercheur de prendre conscience, de façon plus directe, de la façon et du niveau d'appropriation du territoire du participant. Cette méthode s'insérerait parfaitement dans la première phase de collecte des données et aurait l'avantage d'enrichir la compréhension du contexte et des interactions qui se produisent entre celui-ci et le résident-participant.

Conclusion

Ce mémoire avait pour ambition d'investiguer les trajectoires, les pratiques et les modalités d'appropriation de l'espace des résidents des structures résidentielles en santé mentale, pour répondre à la question de recherche qui s'intéressait à la relation que ceux-ci entretiennent avec leur environnement immédiat.

L'objectif étant de déterminer les dimensions de l'environnement physique et social susceptibles de jouer un rôle, positif ou négatif soit-il, sur le quotidien de ces résidents, nous avons donc positionné notre travail dans une perspective socio-écologique. Ce cadre théorique nous a permis de saisir tous les composants propres au système « milieu de vie » des résidents, et d'en déceler les interrelations.

Au moyen d'une série d'entrevues structurées, cartes mentales et groupes de discussions, nous avons pu déterminer plusieurs axes de réponse nous éclairant sur l'utilisation et l'appropriation de l'espace des résidents en santé mentale.

Trois éléments de réponse sont propres aux dimensions physiques de l'environnement immédiat : les services de proximité, tels que des magasins d'alimentation, la pharmacie, mais aussi la bibliothèque rythment le quotidien des résidents, en plus de les rendre autonomes et d'encourager leur intégration à la communauté ; la desserte en transport en commun, à échelle locale, mais aussi urbaine, assure les déplacements des résidents et favorise leur mobilité ; l'accès à des éléments naturels crée des occasions pour pratiquer de l'activité physique et pour s'évader de l'ambiance urbaine.

Trois autres éléments qui ont surgi de notre enquête concernent plus spécifiquement l'environnement social. Il s'agit du sentiment de sécurité, notamment pour ce qui a trait à la présence de personnes dans la rue, y compris le personnel du service d'ordre de la ville, et l'absence de signes évidents de marginalité. Par rapport à ce dernier point, les résidents ont identifié les gangs de rue et les personnes en état d'ébriété

comme des éléments susceptibles de perturber leur sentiment de sécurité et, par conséquent, leur appropriation du territoire. Il est important de souligner que, dans le cas du sentiment de sécurité, des aspects propres à l'environnement physique viennent aussi jouer un rôle important. Ainsi, des signes tels que la présence de déchet, l'état d'abandon de la rue ou des bâtiments, sont aussi susceptibles d'affecter le sentiment de sécurité. Encore parmi les dimensions sociales de l'environnement immédiat qui ont émergé à l'issue de notre recherche, le rapport à l'autre occupe une place très importante dans la vie des résidents. Les opportunités d'interaction avec les personnes qui vivent ou travaillent dans leur environnement immédiat se révèlent fondamentales au quotidien et encouragent le sentiment d'appartenance des résidents. Finalement, la mixité socio-culturelle, bien qu'elle soit une dimension que nous n'avons pas approfondie, ressort comme un élément positif pour les résidents. Il paraît que la diversité est intéressante et contribue en quelque sorte à mettre à l'aise les résidents en les aidant à dépasser un sentiment de la marginalisation sociale.

Sur la base de nos résultats, et dans la tentative d'honorer le sixième principe de l'approche socio-écologique de la recherche en santé, avancé par Moos (1976, p. 31), qui se veut « not simply an approach for science. It is also a humanistic approach by which to benefit mankind (sic) », nous avons formulé quatre recommandations en guise de conclusion de notre travail.

Les trois premiers critères opérationnels, se concentrant sur l'environnement physique, prônent que les nouveaux sites d'insertion assurent l'accessibilité à une offre commerciale dynamique, à un réseau de transport en commun dense à l'échelle locale et étendu à l'extérieur, et à des espaces naturels de petite taille, mais très éparpillés sur le territoire.

Le dernier critère s'intéresse aux aspects sociaux de l'environnement immédiat, émergés dans les résultats, et les regroupe dans une seule recommandation concernant la communauté. Il préconise l'implantation des nouvelles structures résidentielles en santé mentale dans un milieu caractérisé par une ambiance vivante, la présence de gens sur le trottoir, le va-et-vient des employés de la ville, des clients

des magasins. Un dynamisme, donc, à petite échelle, ou bien à « échelle humaine », comme Jan Gehl (2010) nous l'enseigne.

En conclusion, nous avons exploré le milieu de vie des personnes souffrant de troubles mentaux à la recherche des facteurs et cofacteurs du processus d'appropriation du territoire, si important pour l'amélioration de la qualité de vie de tout individu. Nous avons identifié les déterminants et compris les dynamiques qui favorisent l'adaptation des résidents en santé mentale à leur environnement immédiat et leur intégration dans ce milieu de vie. Nous avons finalement avancé quelques critères opérationnels pour permettre la diffusion optimale des services de santé mentale, ce qui s'inscrit à plein titre dans l'objectif général de promotion de la santé mentale à un niveau supranational (OMS, 2013). Il ne s'agit que d'un petit pas, mais tout de même d'un autre pas vers cette idée de ville inclusive, solidaire et respectueuse de chaque citoyen. Une ville qui incarne les idéaux d'équité, durabilité, coopération et participation et qui seule peut assurer l'intégration de toute diversité, qui est finalement richesse et véhicule de développement communautaire, notre propre développement.

Références bibliographiques

« Les fondements théoriques de l'approche systémique ». (s.d.). Repéré à URL <http://mouradpreure.o.m.f.unblog.fr/files/2010/04/fondementsthoriquesdelapprochesystmique.pdf>

Abdelfattah, T. (2007). « Développement local, acteurs et action collective.: Les minorités issues de l'immigration et les dispositifs de revitalisation urbaine dans la commune bruxelloise de Molenbeek-Saint-Jean » (Vol. 533). *Presses universitaires de Louvain*.

Absil, G. (2014). « L'approche socio-écologique ». Vidéo tournée le 4 juin 2014 lors des Journées de la prévention de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Gaëtan Absil, *École de Santé publique de l'Université de Liège*, service d'Appui en Promotion et Education pour la Santé (APES- ULG), LASC – (Laboratoire d'anthropologie sociale et culturelle)

Araya, R., Montgomery, A., Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Signorelli, A., et Lewis, G. (2007). «Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile ». *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 394-401. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024596

Aubert-Lotarski, A. (2010). « L'approche systémique ». Note de synthèse 4 dans Agir en situation complexe. *Université de Mons-Hainaut, Académie Universitaire Wallonie-Bruxelles*, 5.

Baribeau, C. (2009). « Analyse des données des entretiens de groupe ». *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.

Barles, S. (2011). « Les villes transformées par la santé, XVIII^e-XX^e siècles », *Les Tribunes de la santé*, 4/2011 (n° 33), 31-37.

Barton, H. (2009). « Land use planning and health and well-being ». *Land Use Policy*, 26, S115-S123.

Beaudoin, L. et Levasseur, M.E. (2017). « Verdir les villes pour la santé de la population ». Revue de littérature. *Direction de la santé environnementale et de la toxicologie. INSPQ*. Mars 2017.

Bergeron, K. (2009). «A review of the literature on the effect of the built environment on five chronic disease risk factors for Public Health Professionals interested in surveillance: A Summary Report ». *Association of Public Health Epidemiologists in Ontario*, Toronto, Ontario.

Bouchard, N. (2013). « Le théâtre de la mémoire olfactive : le pouvoir des odeurs à modeler notre perception spatiotemporelle de l'environnement ». Mémoire de maîtrise en aménagement. *Université de Montréal*. Montréal.

Brown, G.W. et Prudo, R. (1981). « Psychiatric disorder in a rural and an urban population: Aetiology of Depression ». *Psychological Medicine* 11: 581-599.

Cambien, A. (2008). « Une introduction à l'approche systémique: appréhender la complexité ». *Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU)*. Ministère des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer. France.

Chaix, B., Merlo, J., Evans, D., Leal, C., et Havard, S. (2009). « Neighbourhoods in eco-epidemiologic research: delimiting personal exposure areas. A response to Riva, Gauvin, Apparicio and Brodeur ». *Social science and medicine*, 69(9), 1306-1310.

Chen, J., et Chen, S. (2015). « Mental health effects of perceived living environment and neighborhood safety in urbanizing China ». *Habitat International*, 46, 101-110.

Cicoella A. (2010). « Santé et Environnement : la 2^e révolution de Santé Publique », *Santé Publique* 2010/3 (Vol. 22), 343-351.

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), (2009). « Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada ». Ottawa, Canada.

Commission de la santé mentale du Canada, (2015). « Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement – Espoir. Dignité. Citoyenneté ». Canada, p. 42.

Communauté métropolitaine de Montréal (CMM), (2017). Données géoréférencées de l'Observatoire du Grand Montréal. Repéré à l'URL : <http://cmm.qc.ca/donnees-et-territoire/observatoire-grand-montreal/produits-cartographiques/donnees-georeferencees/>

Conseil National des Transports (CNT), (2005). « Une Voirie pour Tous – Sécurité et cohabitation sur la voie publique au-delà des conflits d'usage ». Tome 1 : Rapport du groupe de réflexion. CNT et La Documentation Française. Juin 2005.

Co-operation, O. f. E., Staff, D., et iLibrary, O. (2009). « Déficience Cognitive, Santé Mentale Et Transports: Vers Une Accessibilité Pour Tous »: OECD.

Corin, E., Poirel, M.L. et Rodriguez, L. (2011). « Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale ». Québec: *Presses de l'Université du Québec*.

Curtis, S. E. (2004). « The geography of mental health in cities ». In *Health and inequality* (p. 192-225).: SAGE Publications Ltd

Daumézon, G. (1967). « L'institution psychiatrique dans la cité de demain », *Recherches*, n°17, « Programmation, Architecture, Psychiatrie », 19-34.

Dear, M. (2000). « Asylum and post-asylum geographies after twenty-five years ». *Health Place*, 6(3), 257-259.

Demilly, E. (2014). « Autisme et architecture: relations entre les formes architecturales et l'état clinique des patients ». Thèse de doctorat en architecture. *Université Lumière Lyon II*.

Deutsch, C. (2017). « De la disqualification » dans C. Deutsch, « Je suis fou, et vous ? »: Plaidoyer pour la cause des personnes en souffrance psychique ». Toulouse, France: ERES, 25-70.

Di Meo G. (1998). « De l'espace aux territoires », in *L'information Géographique*, n° 3, Ed. SEDES, 99-110.

Doré, M. (1987). « La désinstitutionnalisation au Québec ». *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144–157.

Dumez, H. (2011). « Qu'est-ce que la recherche qualitative ? ». *Le Libellio d'Aegis*, 7(4-Hiver), 47-58.

Espace montréalais d'information sur la santé (EMIS), (2011). « Atlas Santé Montréal ». Outil de cartographie interactive disponible à l'URL : <https://emis.santemontreal.qc.ca/outils/atlas-sante-montreal/>

Evans, G. W. (2003). «The built environment and mental health ». *Journal of Urban Health*, 80(4), 536-555.

Evans, G. W., Wells, N. M., et Moch, A. (2003). « Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique ». *Journal of Social Issues*, 59, 475-500.

Faburel, G. (2008). « Les inégalités environnementales comme inégalités de moyens des habitants et des acteurs territoriaux. Pour que l'environnement soit un facteur réel de cohésion urbaine ». *Espace populations sociétés. Space populations societies*, (2008/1), 111-126.

FADOQ (2016). « Les aînés et le logement – Une situation particulière ». Avis présenté à la Société canadienne d'hypothèques et de logement dans le cadre de la consultation publique - Parlons logement.

Felix, A. (2015). « Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: développement d'un modèle et d'un instrument de mesure ». Thèse de doctorat. *Université de Montréal*. Repéré à papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11924/

Fischer G. N. (2011). « Psychologie sociale de l'environnement ». Deuxième édition. *Paris : Dunod*.

Fischer G.N. et Dodeler V. (2009). « Psychologie de la santé et environnement. Facteur de risque et prévention ». *Paris: Dunod*.

Fleury M. et Grenier G. (2012). « État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux ». Volume II du Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012 (p. 232). *Québec: Gouvernement du Québec*.

Fortin, M. F., Côté, J., et Fillion, F. (2006). « Fondements et étapes du processus de recherche » (p. 485). *Montréal: Chenelière éducation*.

Frank, L. D. et Engelke, P. O. (2001). « The built environment and human activity patterns: exploring the impacts of urban form on public health ». *Journal of Planning Literature*, 16(2): 202–18.

Freudenberg, N., Galea, S., et Vlahov, D. (2005). « Beyond urban penalty and urban sprawl: back to living conditions as the focus of urban health ». *Journal of Community Health*, 30(1), 1-11.

Frioux S. (2015). « Deux siècles d'histoire des relations entre urbanisation et santé (années 1770-années 1970) ». *Environ Risque Santé* 2015; 14: 299-304.

Frumkin, H. (2002). « Urban sprawl and public health ». *Public health reports*, 117(3), 201.

Furtos, J. (2007). « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale ». *Mental'idées*, 11, 24-33.

- Gachelin, G. (2017). « Santé et environnement », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 3 mars 2017. URL: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/sante-et-environnement/>
- Galea, S., et Vlahov, D. (2006). « Handbook of Urban Health: Populations, Methods, and Practice ». *Springer, New York*.
- Gariépy, G., Thombs, B. D., Kestens, Y., Kaufman, J. S., Blair, A., et Schmitz, N. (2015). « The Neighbourhood Built Environment and Trajectories of Depression Symptom Episodes in Adults: A Latent Class Growth Analysis ». *PloS one*, 10(7), e0133603.
- Gehl, J. (2013). « Pour des villes à échelle humaine ». Montréal : Éditions Écosociété, 273 pages.
- Gravel, M. A. (2014). « Le sentiment de sécurité et les perceptions de la population québécoise à l'égard de la criminalité ». *Coup d'œil sociodémographique*. Janvier 2014 | Numéro 29.
- Groleau, A. (2015). « Projet d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC): perceptions des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale de leur intégration communautaire ». Mémoire de maîtrise en ergothérapie. *Université du Québec à Trois-Rivières*, Décembre 2015.
- Gueymard, S. (2006). « Facteurs environnementaux de proximité et choix résidentiels. Le rôle de l'ancrage communal, des représentations et des pratiques des espaces verts ». *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, (Dossier 7).
- Halpern, D. (2014). « Mental Health and the Built Environment: More Than Bricks and Mortar? ». Taylor et Francis.
- Harpet, C. (2015). « L'homme et la ville, approche systémique de l'urbanisme par le neurobiologiste Henri Laborit ». *Natures Sciences Sociétés*, vol. 23, (3), 289-297. doi:10.1051/nss/2015042.

Inserm (dir.). « Activité physique : contextes et effets sur la santé ». Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XII- p.811- (Expertise collective). <http://hdl.handle.net/10608/97>.

INSPQ (2017). « Santé mentale des populations au Canada : un aperçu du contexte, des parties prenantes et des initiatives au soutien des actions en santé publique ». Note documentaire. *Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé*.

Julien, D., Richard, L., Gauvin, L., et Kestens, Y. (2012). « Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review ». *International Psychogeriatrics*, 24(08), 1207-1225.

Kelly, B.D., O'Callaghan, E., Waddington, J.L., Feeney, L., Browne, S., Scully, P.J. et Morgan, M.G. (2010). « Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland ». *Schizophrenia research*, 116(1), 75-89.

Kent, J., et Thompson, S. (2012). « Health and the built environment: exploring foundations for a new interdisciplinary profession ». *Journal of environmental and public health*, 2012.

Kloos, B., et Shah, S. (2009). « A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness ». *American Journal of Community Psychology*, 44(3-4), 316-326.

Lavin, T., Higgins, C., Metcalfe, O., et Jordan, A. (2006). « Health impacts of the built environment. A review ». *Dublin: Institute of Public Health in Ireland*.

Le Moigne, J. L. (1990). « La modélisation des systèmes complexes », *Paris : Dunod*.

Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P. et Deuschle, M. (2011). « City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans ». *Nature*, 474(7352), 498-501.

Lehtinen, V., Sohlman, B., et Kovess-Masfety, V. (2005). « Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey ». *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP et EMH*, 1, 9.

Leothaud, I. (2006). « Ambiances architecturales et comportements psychomoteurs ». Thèse de doctorat en science pour l'ingénieur - spécialité : architecture, Nantes : École polytechnique de l'Université de Nantes.

Léonard J. (1981). « La médecine entre les savoirs et les pouvoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle ». *Paris : Aubier Montaigne*.

Lord, S. et Negron-Poblete, P. (2014). « Marchabilité des environnements urbains autour des résidences pour personnes âgées de la région de Montréal : application de l'audit MAPPA ». *Cahiers de géographie du Québec*, 58(164), 233–257.

Manusset, S. (2012). « Impacts psycho-sociaux des espaces verts dans les espaces urbains ». *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 3(3).

Marcus, C. C. (2006). « House as a Mirror of Self: Exploring the Deeper Meaning of Home ». *Nicolas-Hays, Incorporated*.

Marry, S. (2011). « Des cartes mentales aux cartes mentales sonores: vers une cartographie sensible de l'environnement sonore urbain ». *25th International Cartographic Conference*, Jul 2011, Paris, France.

Martel, V. (2007). « L'inédite portée de la méthodologie qualitative en sciences de l'éducation: réflexion sur les défis de l'observation et de l'analyse de la vie cognitive de jeunes apprenants ». *Recherche qualitatives*, 3.

McCaffrey, R., Hanson, C., et McCaffrey, W. (2010). « Garden walking for depression: a research report ». *Holistic nursing practice*, 24(5), 252-259.

- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., et Glanz, K. (1988). « An ecological perspective on health promotion programs ». *Health Education and Behavior*, 15(4), 351-377.
- Miles, R., Coutts, C., et Mohamadi, A. (2012). « Neighborhood urban form, social environment, and depression ». *Journal of Urban Health*, 89(1), 1-18.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), (2014). « Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ». p. 214.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2015). « Faire ensemble et autrement ». Plan d'action en santé mentale, 2015-2020.
- Montréal en statistiques, (2017). « Profils socio-économiques de l'agglomération de Montréal ». Service du développement économique. Ville de Montréal. Juillet 2017.
- Moos, R. H. (1976). « The human context: Environmental determinants of behavior ». *New York: Wiley*.
- Moran, A. (2006). « The Tragedy of Planning: losing the great Australian dream ». *Melbourne, Institute of Public Affairs*, p. 85.
- Morange, M. et Schmoll C. (2016). « Les outils qualitatifs en géographie: méthodes et applications ». *Paris : Armand Colin*, p. 224.
- Morin, P. et Baillargeau, E. (dir.) (2008). « L'habitation comme vecteur de lien social ». *Québec, Presses de l'Université du Québec*, p. 306.
- Moser, G. et Weiss K. (2003). « Espaces de vie. Aspects de la relation homme-environnement ». *Paris, Armand Colin*, p. 396.
- Mucchielli R. (1984). « L'analyse de contenu de documents et communications ». 5^e Edition. *Paris: ESF*, p. 133.

Nutsford, D., Pearson, A. L., et Kingham, S. (2013). « An ecological study investigating the association between access to urban green space and mental health ». *Public health*, 127(11), 1005-1011.

Observatoire Régional de la Santé (ORS) et Sciences Économiques et Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale (SESSTIM) (2013). « Lien entre santé mentale et qualité de l'environnement de résidence : une approche spatiale à une échelle géographique fine ». Rapport final- Octobre 2013. *Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*.

Organisation Mondiale de la Santé (2011). « Résolutions et décisions annexes ». *Soixante-sixième assemblée mondiale de la santé*. Mai 2013. Genève, 20-27.

Organisation mondiale de la Santé (2013). « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 ».

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 10 – « L'analyse par questionnaire analytique », 207-230. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (Dir), « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». *Paris: Armand Colin*, p. 424.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». *Paris : Armand Colin*, p. 211.

Pan Ké Shon, J. L. (2009). « L'émergence du sentiment d'insécurité en quartiers défavorisés. Dépassement du seuil de tolérance... aux étrangers ou à la misère ? ». *Espace populations sociétés*. *Space populations societies*, (2009/1), 105-117.

Paquin, S. (2006). « Le sentiment d'insécurité dans les lieux publics urbains et l'évaluation personnelle du risque chez des travailleuses de la santé ». *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 21–39.

Pellegrino, P. (2002). « Pour une sémiotique urbaine ». Dans « Le Sens de l'Espace ». Livre III Les Grammaires et les Figures de l'Étendue, Publisher: Economica - Anthropos, 229-244.

Perdue, W. C., Stone, L. A., et Gostin, L. O. (2003). « The built environment and its relationship to the public's health: the legal framework ». *American Journal of Public Health*, 93(9), 1390-1394.

Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A., et Bloom, D. (2008). « Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive ». *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247-269.

Pinfold, V. (2000). « Building up safe havens... all around the world': users' experiences of living in the community with mental health problems ». *Health et Place*, 6(3), 201-212.

Pires, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique ». *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.

Planification stratégique de l'Institut de santé mentale de Québec, ISQ, 2011.

Poublan-Attas, V. (1998). « L'espace urbain déformé: transports collectifs et cartes mentales ». Thèse de doctorat. *École Nationale des Ponts et Chaussées. France*.

Propper, C., Jones, K., Bolster, A., Burgess, S., Johnston, R., et Sarker, R. (2005). « Local neighborhood and mental health: evidence from the UK ». *Social science and medicine*, 61(10), 2065-2083.

Raulin, F., Lord, S., et Negron-Poblete, P. (2016). « Évaluation de la marchabilité de trois environnements urbains de la région métropolitaine montréalaise à partir de l'outil MAPPA ». *Vertigo-la revue électronique en sciences de l'environnement*, 16(2).

Remund, A. (2013). « Croissance urbaine et durée des épisodes migratoires: l'exemple de Genève au 19^e siècle ». *Revue Quetelet*: 1, 1.

Reyburn, S. (2010). « L'urbanisme favorable à la santé: une revue des connaissances actuelles sur l'obésité et l'environnement bâti ». *Environnement Urbain/Urban Environment*, 4, d1-d26.

- Riediker, M., et Koren, H. S. (2004). « The importance of environmental exposures to physical, mental and social well-being ». *International journal of hygiene and environmental health*, 207(3), 193-201.
- Roelens, N. (2014). « Sémiotique urbaine et géocritique ». *Signata. Annales des sémiotiques/Annals of Semiotics*, (5), 173-198.
- Ross, C. (2000). « Neighborhood Disadvantage and Adult Depression ». *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 177-187. Consulté en ligne à l'URL:
<http://www.jstor.org/stable/2676304>
- Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.L. et Cuzin Y. (2014). « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outil ». *Guide École des Hautes études en Santé Publique (EHESP)*.
- Rowntree, B. (1997). « Les cartes mentales, outil géographique pour la connaissance urbaine. Le cas d'Angers (Maine-et-Loire) ». In: *Norois*, n°176, Octobre-Décembre 1997, 585-604 ;
- Royer, C. et Baribeau, C. (2012). « L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation ». *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45.
- Rugel, E., et Ward, H. (2015). « Espaces verts et santé mentale : liens, répercussions et lacunes ». Consulté en ligne à : <http://www.ccse.ca/documents/evidence-review/espaces-verts-et-sant%C3%A9-mentale-liens-r%C3%A9percussions-et-lacunes>
- Satcher, D., Okafor, M., et Dill, L. J. (2012). « Impact of the built environment on mental and sexual health: policy implications and recommendations ». *ISRN Public Health*, 2012.
- Savoie-Zajc, L. (2006). « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? ». *Recherches qualitatives*, 99-111.

- Schaefer, J. (2009). « Le rôle des aides publiques pour le logement ». *Informations sociales*, 155, (5), 104-114.
- Schieman, S. et Meersman, S. C. (2004). « Neighborhood problems and health among older adults: received and donated social support and the sense of mastery as effect modifiers ». *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, S89–S97.
- Schulz, M., Rompell, M. et Grande, G. (2016). « Built environment and health: a systematic review of studies in Germany ». *Journal of Public Health*.
- Seliske, L., Pickett, W., et Janssen, I. (2012). « Urban sprawl and its relationship with active transportation, physical activity and obesity in Canadian youth ». *Health Rep*, 23(2), 17-25.
- Severo, D. (2009). « Santé urbaine et psychiatrie. Seuils, porosité, hybridation, fusion ». Dans *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources* sous la direction de Aurélia Michel. Collection « Sciences de la ville ». Éditions Le Manuscrit. Paris.
- St-Germain A., Boutin M., Bouchard S., Wilson V. et Larouche A. (2015). « Plan de transformation régional 2013-2018 - Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal ». *Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*, p. 75.
- Sundquist, K., Frank, G., et Sundquist, J. A. N. (2004). « Urbanisation and incidence of psychosis and depression ». *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 293-298.
- Thouez, J. (2010). « Espace social, images mentales de la ville de Sherbrooke : cheminement d'un néophyte ». *Cahiers de géographie du Québec*, 54(151), 197–211.
- Townley, G., et Kloos, B. (2009). « Development of a measure of sense of community for individuals with serious mental illness residing in community settings ». *Journal of Community Psychology*, 37(3), 362.

- Townley, G., Kloos, B., et Wright, P. A. (2009). « Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness ». *Health and place*, 15(2), 520-531.
- Tsemberis, S., et Eisenberg, R. F. (2014). « Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities ». *Psychiatric services*.
- Ville de Montréal (2017). Portail données ouvertes. Repéré à l'URL : <http://donnees.ville.montreal.qc.ca/dataset>
- Vlahov, D., Galea, S., Gible, E., et Freudenberg, N. (2005). « Perspectives on urban conditions and population health ». *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 949-957.
- Williams, L. M. (2013). « Between health and place: understanding the built environment ». *Wellesley Institute*.
- Wong, Y. L. I. et Solomon, P. L. (2002). « Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations ». *Mental Health Services. Research*, vol. 4(1), 13-28.
- Young, A. F., Russell, A., et Powers, J. R. (2004). « The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well-being in older women? ». *Social Science and Medicine*, 59(12), 2627-2637.
- Zippay, A., et Thompson, A. (2007). « Psychiatric housing: Locational patterns and choices ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 392.

Annexes

1. Certificat d'approbation éthique



Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

16 novembre 2016

Madame Chiarra Benetti
Candidate à la maîtrise
Faculté de l'Aménagement

OBJET: Approbation éthique

Mme Chiarra Benetti,

Le *Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER)* a étudié le projet de recherche intitulé « La maison d'hébergement en milieu urbain : une étude socio-écologique » et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CPER tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,




Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER)
Université de Montréal





CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	La maison d'hébergement en milieu urbain : une étude socio-écologique
Étudiante requérant	Chiara Benetti  Candidate à la maîtrise, Faculté de l'Aménagement Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	--
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--
Approbation reconnue	
Approbation émise par	non
Certificat:	s.o.


MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPER.




Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

16 novembre 2016
Date de délivrance

1 décembre 2017
Date de fin de validité

2. Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« La maison d'hébergement en milieu urbain :

une étude socio-écologique»

Chercheuse étudiante :	Chiara Benetti, étudiante à la maîtrise, École d'urbanisme et d'architecture de paysage, Université de Montréal
Directeur de recherche :	Paul Lewis, professeur titulaire, Faculté de l'aménagement, Université de Montréal
Codirectrice de recherche :	Marie Laurence Poirer, professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre les perceptions et les représentations des espaces de vie des personnes résidentes dans une maison d'hébergement en santé mentale. Pour ce faire, nous comptons recueillir le point de vue d'une vingtaine d'adultes habitant dans une maison d'hébergement du territoire montréalais.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à accorder une entrevue à l'assistant de recherche qui vous posera quelques questions sur votre appréciation du quartier où vous vivez, vos préférences et les activités que vous menez dans votre vie quotidienne. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription et devrait durer environ 30 minutes. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'intervieweur, selon vos disponibilités.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

4. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure connaissance de l'environnement qui entoure votre maison d'hébergement.

5. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

6. Compensation

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation au projet de recherche.

7. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : _____

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Chiara Benetti au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche par courriel à l'adresse [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED] poste 1896 ou encore consulter le site Web [REDACTED]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone [REDACTED] ou en communiquant par courriel à l'adresse [REDACTED] **(l'ombudsman accepte les appels à frais virés).**

3. Grille d'entretien en français



Grille d'entretien dirigé à l'intention des résidents de la maison d'hébergement

Cette recherche vise à mieux comprendre la relation entre les résidents des maisons d'hébergement en santé mentale et leur environnement immédiat, dans ses composantes physico-spatiales. Les différents éléments de l'habitat seront investigués du point de vue des résidents eux-mêmes afin d'avoir accès à leurs perceptions et représentations du quartier environnant leur maison. Pour ce faire, des entretiens individuels de type semi-dirigé seront conduits à la maison d'hébergement où le participant réside. 26 questions ouvertes seront posées. L'entretien se conclura, si le participant le souhaite, avec le portrait du quartier en utilisant la technique de la carte mentale de Lynch.

Vous êtes :

H F Âge ____

Nom de la maison d'hébergement : _____

Années de résidence à la maison d'hébergement : _____

La perception générale de votre quartier

1. Pouvez-vous me décrire votre quartier, les environs de votre maison ?
2. Si vous pensez à votre quartier, jusqu'où vous imaginez ses limites ? Y a-t-il des endroits qui marquent les frontières de votre quartier ?
3. Comment définissez-vous votre quartier en termes de taille ? Petit, moyen, grand
4. Quels sont les caractéristiques de votre quartier que vous aimez particulièrement et celles que vous n'aimez pas ? Pourquoi ?
5. Est-ce que vous aimez passer du temps à la maison ? Comment vous sentez-vous quand vous êtes chez vous ?

Le rapport avec l'espace vécu intérieur

6. Pouvez-vous me dire quelles activités vous menez quand vous êtes chez vous ?

7. Y a-t-il des endroits dans votre maison où vous passez plus de temps ?
Pourquoi ?
8. Y a-t-il dans votre maison des aires communes où vous pouvez rencontrer d'autres personnes ? Est-ce que vous y allez ?
9. Y a-t-il de l'espace extérieur (cour ou jardin) adjacent à votre maison ? Est-ce que vous utilisez cet espace ? Quelles activités y menez-vous ? Comment vous sentez-vous dans cet espace ?

L'espace vécu extérieur et la mobilité

Sur la mobilité générale

10. Est-ce que vous aimez sortir de votre maison ? Pourquoi ?
11. Combien de fois sortez-vous (plusieurs fois par jour, par semaine, par mois) ?
Avez-vous des journées de sortie préétablies pendant la semaine ?
12. Quelle est la durée, en moyenne, de vos sorties (une demi-heure, une heure, plusieurs heures, toute la journée) ?

13. Lors de vos sorties, avez-vous des parcours établis, toujours les mêmes, où vous préférez changer vos itinéraires ?

14. Est-ce que vous vous éloignez du quartier lors de vos sorties ? À quelle fréquence ? Quels moyens de transport utilisez-vous dans ce cas ? Avez-vous des destinations habituelles au dehors de votre quartier ? Lesquelles ?

Sur le rapport avec le quartier et son appropriation

15. Avez-vous des endroits en particulier que vous aimez fréquenter dans le quartier ? Pourquoi ?

16. Y a-t-il des endroits, dans votre quartier, que vous évitez de fréquenter ? Lesquels ? Pourquoi ?

17. Utilisez-vous les transports en commun pour vos déplacements dans le quartier ? Souvent, parfois, rarement ? Quel type de transport empruntez-vous (bus, métro, train) ? Sont-ils confortables et sécuritaires ? Pourquoi ?

18. Lors de vos sorties dans le quartier, utilisez-vous la marche comme moyen de déplacement ? Combien de temps marchez-vous par jour en moyenne ?

Marcher dans votre quartier est-elle une activité plaisante, nécessaire, désagréable et pourquoi ?

19. Est-ce qu'il y a des commerces (magasins, « dépanneurs », restaurants...) à proximité de chez vous ? Si oui, pouvez-vous me donner quelques exemples de types de commerces que vous trouvez près de chez vous ? Sont-ils un lieu que vous fréquentez souvent ?

20. Dans votre quartier, fréquentez-vous un lieu de culte (église, mosquée...) ? À quelle fréquence ? Comment vous y rendez-vous ?

21. Participez-vous aux activités mises en place par quelques organismes communautaires de votre quartier ? À quelle fréquence ? De quelles activités s'agit-il ?

22. Est-ce qu'on retrouve des centres sportifs dans votre quartier ? Est-ce un lieu que vous fréquentez ? À quelle fréquence ? Comment vous le rejoignez ?

23. Si vous avez besoin de soins médicaux, y a-t-il dans votre quartier des cliniques où aller consulter des professionnels de la santé ? Ou vous êtes obligés à vous éloigner de chez vous ? Avec quel moyen de déplacement ? Avec quelle fréquence ça vous arrive ?

24. Y a-t-il des espaces verts dans votre quartier ? Est-ce que vous vous y rendez ? Est-ce que ce sont des endroits où vous aimez aller ?

25. Si vous rencontrez un ami ou un membre de votre famille, y a-t-il un endroit dans votre quartier où vous aimez passer du temps avec eux ?

26. Carte mentale: Dessinez librement le quartier où vous vivez

4. Grille d'entretien en anglais



Structured interview guide for the benefit of mental health housing residents

This research is intended to analyse the relationship between mental health housing residents and their immediate environment, in the figure of the physical-spatial and social components. These different elements of the habitat will be investigated from the point of view of the residents to have access to their perceptions and representations of the neighborhood surrounding their house. In order to do that, some structured individual interviews will take place at the supported houses where the residents live. 26 open questions will be asked. If the participant agrees, the interview will end drawing the neighborhood, according to Lynch's mental map technique.

You are:

M **F** **Age**____

Name of the supported house: _____

Numbers of years spent in the supported house: _____

General perception of the neighborhood

1. Can you describe your neighborhood? How would you define the surroundings of your house?
2. In your opinion, where are the boundaries of your neighborhood?
3. Which size is your neighborhood? Is it small, medium or large?
4. In your opinion, is your neighborhood safe? Is it calm? Is it quiet? Why? Can you give me some examples?
5. What do you like about living in this neighborhood? And what you do not like?

Interior space experience

6. Do you like spending time at home? How do you feel when you are at home?
7. What type of activities do you do when you are at home?

8. Is there any place or part of your house where you prefer spending time?
9. Is there any shared area in your house?
10. Does your house have any outdoor space like a garden or a courtyard? Do you use it? What type of activities do you do in there? How do you feel in it?

Outside space experience and mobility

About general mobility

11. Do you like going out? How many times do you usually go out (per day, per week, per month)? Do your activities take usually place on the same days?
12. How long are your rides, on average? Half an hour, one hour or several hours?
13. When you go out, do you usually have a pre-planned itinerary or you decide it right before your departure?

14. Do you sometimes go far from your neighborhood? How often do you do that? How do you do that (by bus, metro, car, taxi)?

About the relationship with the neighborhood and space appropriation

15. Is there any place where do you like to go in the neighborhood, in the surroundings of your house?

16. Is there any place where do you prefer not to go to? Why?

17. Do you use public transport for your travels? Often, sometimes or rarely? Which type of public transport do you use (bus, metro, train)? Are they comfortable and safe? Why?

18. When you go out in your neighborhood, do you walk? How long do you walk per day, on average? Is walking in your neighborhood a pleasant activity to do? Or just necessary, or even unpleasant? Why?

19. Is there any shops or restaurants close to your house? If yes, can you give me some examples of the diverse types of shops that you can find close to your house? Do you often go there?

20. Is there any place of worship in your neighborhood (a church, a mosque...)?

Do you go there? How often do you go there? How do you get there?

21. Is there any community center in your neighborhood? Do you take part in their activities? How often? Which type of activities do you do there?

22. Is there any sport center in your neighborhood? Do you spend time in there? How often? How do you get there?

23. If you need some sort of medical assistance, is there any medical center in your neighborhood where you can consult a doctor or other health carers? Or do you need to go far from your house? How do you get there? How often do you need to go there?

24. Is there any green space in your neighborhood? Do you get there? Do you like to spend time there?

25. If you meet a friend or a family member, is there any place in your neighborhood where you like spend your time with?

26. Mental map: Draw freely the neighborhood where you live.

5. Grille d'entretien focus group Maison A - Quartier 1



Grille d'entretien Groupe de discussion à l'intention des résidents de la maison d'hébergement A- Secteur 1

Pendant cette dernière phase de notre collecte de données, nous allons discuter avec les résidents certains des aspects du rapport avec leur environnement immédiat, émergés dans la phase précédente. Nous allons proposer aux participants une série d'affirmations auxquelles ils peuvent librement réagir. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions seront aussi posées aux résidents participant à la collecte de données afin d'approfondir nos connaissances sur leurs pratiques de l'espace et de définir une vision commune concernant les atouts et les lacunes de l'environnement immédiat à l'étude.

Numéro de participants : _____

La perception générale de votre quartier

1. Je suis content de vivre dans mon quartier. Mon quartier est un endroit plaisant.
Pourquoi ?
2. Dans mon quartier je me sens en sécurité.
3. J'apprécie beaucoup les magasins et le centre commercial de mon quartier.

Pourquoi ? Qu'est-ce qu'on y retrouve de spécial ?

Le rapport avec l'espace vécu intérieur

4. Rester à la maison me plaît beaucoup. Je ne sens pas le besoin de sortir.
Pourquoi ? Êtes-vous d'accord ?

5. Ma chambre est l'endroit le plus important de la maison pour moi, celui où je passe plus de temps. Pourquoi ? Ma chambre pour moi est...

L'espace vécu extérieur et la mobilité

6. J'aime sortir dans mon quartier, même quand je n'ai pas de destination précise.

7. Pour moi, marcher c'est important. J'aime marcher dans mon quartier.

8. Marcher dans mon quartier n'est pas difficile. Les trottoirs sont sécuritaires et je me sens respecté en tant que piéton.

9. Si je dois prendre le bus et/ou le métro pour me rendre loin de mon quartier, je ne suis pas inquiet. Prendre les transports en commun est pour moi une expérience plaisante (ou neutre).

10. Si je pouvais améliorer la mobilité dans mon quartier, je ferais/ajouterais/changerais...

11. Qu'est-ce qui est important pour vous quand vous marchez dans le quartier ? Et dans les transports en commun ?

Sur le rapport avec le quartier et son appropriation

12. Dans mon quartier, il faut absolument que je retrouve... Pourquoi ?

13. Quand je sors dans mon quartier, j'aime rencontrer des gens et échanger avec eux.

6. Grille d'entretien focus group Maison B - Quartier 1



Grille d'entretien Groupe de discussion à l'intention des résidents de la maison d'hébergement B- Secteur 1

Pendant cette dernière phase de notre collecte de données, nous allons discuter avec les résidents certains des aspects du rapport avec leur environnement immédiat, émergés dans la phase précédente. Nous allons proposer aux participants une série d'affirmations auxquelles ils peuvent librement réagir. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions seront aussi posées aux résidents participant à la collecte de données afin d'approfondir nos connaissances sur leurs pratiques de l'espace et de définir une vision commune concernant les atouts et les lacunes de l'environnement immédiat à l'étude.

Numéro de participants : _____

La perception générale de votre quartier

1. Mon quartier, c'est chez moi. Je suis content de vivre dans mon quartier.
Pourquoi ?

2. Dans mon quartier je me sens en sécurité.

3. Mon quartier est petit. Il n'y a pas beaucoup de chose à faire. Je m'ennuie beaucoup ici. Êtes-vous d'accord avec ça ? Pourquoi ?
4. J'encouragerais un de mes amis à venir à vivre dans mon quartier, pour sa tranquillité et sa propreté.
5. Les magasins et les restaurants dans mon quartiers sont des endroits plaisants. Je m'y rends avec plaisir. Pourquoi ?

Le rapport avec l'espace vécu intérieur

6. Ma maison est très importante pour moi et je me sens bien quand je suis à la maison. J'aime y passer mon temps libre.
7. Les espaces à la maison sont adaptés à mes activités. Pourquoi ?
8. J'aime ma maison, mais il manque...
9. Ma chambre est l'endroit le plus important de la maison pour moi. J'y passe beaucoup de temps. Ma chambre est pour moi...

L'espace vécu extérieur et la mobilité

10. Sortir dans mon quartier est une activité agréable pour moi parce que...

11. J'aime sortir tous les jours de chez moi.

12. Pour moi, marcher c'est important. J'aime marcher dans mon quartier.
Pourquoi ?

13. Je peux marcher dans mon quartier en toute sécurité. Les trottoirs, la signalisation et les traversées sont adéquats.

14. J'utilise le transport en commun pour mes déplacements sans problème, mais si je pouvais améliorer la mobilité dans mon quartier je ferais/ajouterais/changerais...

Sur le rapport avec le quartier et son appropriation

15. J'aime mon quartier, mais je trouve qu'on aurait besoin de plus de... En effet, on manque de...

16. Quand je sors dans mon quartier, je préfère aller là où je peux voir du monde, rencontrer des gens.

17. Si je pouvais changer quelques choses dans mon quartier, ça serait sûrement...

18. Dans mon quartier idéal, je peux faire..., je trouve..., il y a...

7. Grille d'entretien focus group Maison C – Quartier 2



Grille d'entretien pour le Groupe de discussion à l'intention des résidents de la maison d'hébergement C- Secteur 2

Pendant cette dernière phase de notre collecte de données, nous allons discuter avec les résidents certains des aspects du rapport avec leur environnement immédiat, émergés dans la phase précédente. Nous allons proposer aux participants une série d'affirmations auxquelles ils peuvent librement réagir. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions seront aussi posées aux résidents participant à la collecte de données afin d'approfondir nos connaissances sur leurs pratiques de l'espace et de définir une vision commune concernant les atouts et les lacunes de l'environnement immédiat à l'étude.

Numéro de participants : _____

La perception générale de votre quartier

1. J'apprécie mon quartier pour la tranquillité que j'y retrouve et pour sa propreté. Êtes-vous d'accord ? Pourquoi ?
2. Dans mon quartier, je me sens en sécurité. Il est un quartier rassurant. Pourquoi ?

3. Dans mon quartier il y a plein d'activités à faire. Je ne m'ennuie pas.

Le rapport avec l'espace vécu intérieur

4. Ma maison est un lieu agréable où vivre. Je ne le changerais pas. La partie que j'aime le plus c'est...
5. Dans ma maison, j'ai tout ce dont j'ai besoin pour mes activités et pour mon bien-être.

L'espace vécu extérieur et la mobilité

6. Me déplacer dans mon quartier et au dehors de celui-ci en transport en commun n'est pas difficile. Le transport en commun est très accessible et efficace.
7. L'état des trottoirs, les traversées, la signalisation dans mon quartier sont bons. Ça fait de la marche une activité sécuritaire et plaisante pour moi.
8. Si je pouvais suggérer quelques choses pour améliorer les déplacements dans le quartier, je dirais qu'on devrait ajouter/enlever/changer...

Sur le rapport avec le quartier et son appropriation

9. Est-ce que ça vous arrive de croiser des autres résidents de votre quartier ? Comment trouvez-vous l'interaction avec eux ? Aimeriez-vous avoir plus d'occasion de les croiser ?

10. Qu'est-ce que vous aimeriez trouver dans votre quartier que vous ne trouvez pas maintenant ?

11. Si vous étiez obligés à déménager et vous pouviez choisir votre nouveau quartier, où iriez-vous vivre ? Quel type de quartier choisiriez-vous (résidentiel, mixte, au centre-ville, en région) ?

12. Comment imaginez-vous votre quartier idéal ? Quels types de services, commerces, équipements, on y retrouve ?

8. Grille d'entretien focus group Maison D – Quartier 2



Focus Group guide for the benefit of mental health housing residents (D-Sector 2)

During this last stage of our data collection, we will discuss with the residents some aspects about the relationship they maintain with their neighborhood which we want more in-depth to investigate. A few affirmations will be submitted to the residents during the focus group and they can freely react to these sentences. We will also ask open questions about their space usage and appropriation, in order to deepen our knowledge concerning their practices and to create a shared vision of the neighborhood's features and lacks.

Numbers of participants: _____

General perception of the neighborhood

1. My neighborhood is reassuring. I feel comfortable living here.

2. People in my neighborhood are friendly. I would like to have the opportunity to meet them sometimes, in the public space.

3. How we can make your neighborhood the perfect one to live in? What would you add or remove? How would your ideal neighborhood be?

4. If you must move (in the hypothesis is that you are forced to do so), where would you go to live?

Interior space experience

5. At home, the space is appropriate for my activities.
6. At my place, everything is good but I think I lack something. What is it?
7. Spending time at home is pleasant. I don't necessarily need to go out. Why?

Outside space experience and mobility

8. I love going out in the neighborhood. When I walk in my neighborhood I feel safe.
9. Walking is very important to me. It's easy to walk here. The walksides are safe and I can easily cross the street. The streets are sufficiently illuminated during the night.
10. Bus and metro trips are easy. The bus gets across my neighborhood several times per day and the bus stop is near to my house.

About the relationship with the neighborhood and space appropriation

11. In my neighborhood, I feel there's a supportive community.

12. If I need anything, I can find it near my home.